

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1895

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le mercredi 17 juillet 1895, à 1 heure

Par ÉMILE DESGRANGES

Né à Durdatt-Larrequille (Allier), le 29 avril 1868.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

SARCOMES KYSTIQUES

DE LA MAMELLE

Président : M. TILLAUX, professeur.

*Juges : MM. DELBET,
TUFFIER,
GLEY, } agrégés.*

PARIS

G. STEINHEIL, ÉDITEUR

2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2.

1895

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1895

THÈSE

N^o

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le mercredi 17 juillet 1895, à 1 heure

Par ÉMILÉ DESGRANGES

Né à Durdatt-Larrequille (Allier), le 29 avril 1868.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

SARCOMES KYSTIQUES

DE LA MAMELLE

Président : M. TILLAUX, professeur.

*Juges : MM. DELBET,
TUFFIER,
GLE Y, } agrégés.*

PARIS

G. STEINHEIL, ÉDITEUR

2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2.

1895

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen..... M. BROUARDEL.
Professeurs..... MM.

Anatomie.....	FARABEUF.
Physiologie.....	Ch. RICHET.
Physique médicale.....	GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale.....	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale.....	BAILLON.
Pathologie et thérapeutique générales.....	BOUCHARD.
Pathologie médicale.....	{ DIEULAFOY.
	{ DEBOVE.
Pathologie chirurgicale.....	LANNELONGUE
Anatomie pathologique.....	CORNIL.
Histologie.....	MATHIAS DUVAL.
Opérations et appareils.....	TERRIER.
Pharmacologie.....	POUCHET.
Thérapeutique et matière médicale.....	LANDOUZY.
Hygiène.....	PROUST.
Médecine légale.....	BROUARDEL.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....	LABOULBENE.
Pathologie comparée et expérimentale.....	STRAUS.
	{ SÉE (G.).
Clinique médicale.....	{ POTAIN.
	{ JACCOUD.
	{ HAYEM.
Clinique des maladies des enfants.....	GRANCHER.
Clinique des maladies syphilitiques.....	FOURNIER.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.....	
Clinique des maladies nerveuses.....	{ JOFFROY.
	{ RAYMOND.
	{ DUPLAY.
Clinique chirurgicale.....	{ LE DENTU.
	{ TILLAUX.
	{ BERGER.
Clinique ophtalmologique.....	PANAS.
Clinique des voies urinaires.....	GUYON.
Clinique d'accouchements.....	{ TARNIER.
	{ PINARD.

Professeurs honoraires : MM. SAPPEY et PAJOT.

Agrégés en exercice

MM.	MM.	MM.	MM.
ALBARRAN.	DELBET.	MARFAN.	RETTERRER.
ANDRÉ.	FAUCONNIER.	MARIE.	RICARD.
BALLET.	GAUCHER.	MAYGRIER.	ROGER.
BAR.	GILBERT.	MENETRIER.	SCHWARTZ.
BRISSAUD.	GLEY.	NÉLATON.	SEBILEAU.
BRUN.	HEIM.	NETTER.	TUFFIER.
CHANTEMESSE.	JALAGUIER.	POIRIER, Chef des tra-	VARNIER.
CHARRIN.	LEJARS.	vaux anatomiques.	VILLEJEAN.
CHAUFFARD.	LETULLE.	QUÉNU.	WEISS.
DÉJERINE.			

Secrétaire de la Faculté : M. PUPIN.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

INTRODUCTION

Ayant eu l'occasion d'observer un cas intéressant de cysto-sarcome du sein, nous avons cru qu'il y avait dans l'étude de cette affection de la mamelle matière à quelques recherches. C'est ce qui nous a décidé à les entreprendre et à choisir cette question comme sujet de notre thèse inaugurale.

Notre intention n'est pas de rapporter ici tous les cas de tumeurs semblables que nous avons pu recueillir ; il nous aurait fallu faire un mémoire par trop considérable ; nous avons seulement colligé les observations qui nous ont paru les plus dignes d'intérêt à des titres divers. De leur étude nous avons cherché à en dégager ce qu'il y avait de spécial à l'adéno-sarcome kystique du sein, trop heureux si nous avons pu contribuer à mettre un peu d'ordre dans ce chapitre nosologique.

Mais avant de poursuivre, qu'il nous soit permis de remercier nos maîtres dans les hôpitaux de Paris.

M. le D^r Hanot a été un de nos premiers maîtres. Nous n'oublierons jamais ses savantes leçons et les excellents conseils qu'il nous a prodigués pendant notre stage dans son service à l'hôpital St-Antoine.

Nous tenons à assurer de notre profonde reconnaissance M. Monod, chirurgien de l'hôpital St-Antoine et M. Moizard, médecin à l'hôpital des Enfants-Malades.

M. Budin, accoucheur en chef de la Maternité, nous a

toujours témoigné la plus grande bienveillance et nous ne saurions oublier que c'est au solide enseignement de ce maître que nous sommes redevable de la plus grande partie de nos connaissances obstétricales.

Que M. le professeur Tillaux veuille bien recevoir l'expression de notre respectueuse gratitude, pour l'honneur qu'il nous fait en acceptant la présidence de cette thèse.

Définition.

Nous étudierons sous ce titre de sarcomes kystiques de la mamelle toutes les productions adéno-sarcomateuses compliquées de kystes ; nous éliminerons ainsi de par notre dénomination toutes les tumeurs adénoïdes en dégénérescence sarcomateuse, mais non kystiques.

Cette élimination nous restreint naturellement le sujet que nous avons à traiter. Néanmoins tel qu'il est il est encore étendu.

On verra par ce qui va suivre que le cysto-sarcome du sein mérite une description spéciale. Cette variété de tumeur de la mamelle forme en effet un tout qu'il importe de bien connaître tant au point de vue anatomique qu'au point de vue clinique. On verra à quelles erreurs elle a pu donner lieu dans les deux cas, et quelles conséquences fâcheuses il en peut résulter.

Synonymie.

Avant d'entrer en matière il importe, après avoir précisé la question, de s'expliquer sur les termes employés par les auteurs pour la dénomination des tumeurs kystiques du sein.

Il faut dire tout d'abord que la synonymie est d'une très grande richesse. Chaque anatomo-pathologiste a presque

cru nécessaire de créer un terme nouveau pour désigner cette affection.

Récapitulons rapidement les termes adoptés par les principaux auteurs.

Cruveilhier (1), frappé de la consistance dure et de la dégénérescence kystique de ces tumeurs, les nomme : *tumeurs fibro-cystiques*.

Pour Velpeau (2), elles constituent une variété des tumeurs adénoïdes, et le grand chirurgien de la Charité les appelle : *adénoïdes kystiques*.

Müller (3), frappé par la structure embryonnaire du tissu de la tumeur, les classe dans la grande famille des sarcomes ; aussi les a-t-il appelées *cysto-sarcomes*.

Paget (4), en raison du caractère végétant de la tumeur dans les cavités kystiques, crut saisir là le principal élément différentiel de ces tumeurs d'avec les autres kystes du sein. Aussi proposa-t-il de les nommer : *kystes prolifères*.

Toutes ces dénominations sont bonnes par certains côtés ; mais la plupart sont incomplètes. Si l'on voulait tenir compte de toutes les conditions étiologiques, anatomiques et cliniques qui ont trait à cette variété de néoplasmes, on devrait décorer ces tumeurs du nom très juste, mais un peu trop long de : *adéno-sarcomes kystiques du sein*. Cette dénomination seule est complète et permet d'éviter toute équivoque sur ce qu'on veut désigner.

(1) CRUVEILHIER (J.), Mémoire sur les corps fibreux de la mamelle. *Bull. de l'Acad. de méd.*, 1843-44, t. IX, p. 330.

(2) VELPEAU, *Traité des maladies du sein et de la région mammaire*, 1854.

(3) MÜLLER (J.) *Ueber den femeren Bau der Geschwülste*.

(4) PAGET (J.), *Lecture on surgical Pathology*, 1853, t. II, p. 56.

Historique.

L'histoire des sarcomes kystiques du sein est intimement liée à l'histoire même des tumeurs bénignes de la mamelle.

Comme pour ces tumeurs en général, et suivant en cela l'exemple de Labbé et Coyne, nous croyons qu'on peut admettre trois périodes dans l'histoire de la sarcomatose kystique du sein. Ces trois périodes sont les suivantes : 1^o période clinique ; 2^o période anatomique ; 3^o période histologique.

1^o Période clinique. — Au début le sarcome de la mamelle rentrait dans la classe des cancers, et l'époque n'est pas même très éloignée où tout ce qui était tumeur du sein était considéré comme tumeur maligne.

Ce fut Astley Cooper (1) qui le premier mit un peu d'ordre dans la pathologie de la mamelle et reconnut qu'on devait y distinguer des tumeurs malignes et des tumeurs bénignes. C'est une des gloires du chirurgien anglais d'avoir fait cette distinction ; il est juste cependant de dire qu'il fut précédé dans cette voie par quelques autres cliniciens, Ledran (2), Boyer (3) entre autres. Néanmoins s'il

(1) ASTLEY COOPER, *Œuvres chirurg. complètes*, trad. franç. de RICHELET et CHASSAIGNAC, 1837, p. 520 et suiv.

(2) LEDRAN, Des cancers qui se forment aux mamelles des femmes, souvent occasionnés par des causes externes. *Mém. de l'Acad. roy. de chir.*, 1767, t. III, p. 99.

(3) BOYER, *Traité des maladies chirurgicales*, t. VII, p. 228 et suiv.

ne créa pas de toutes pièces la division clinique précédente, ce fut lui qui le premier l'exposa complètement. Parmi les tumeurs bénignes qu'il a décrites s'en trouve une que nous devons retenir ; il s'agit de la tumeur hydatique de la mamelle (1). On s'accorde généralement aujourd'hui pour voir dans la tumeur hydatique de la mamelle décrite par cet auteur plusieurs entités morbides différentes : 1^o les hydatides de la mamelle, 2^o la maladie kystique du sein, 3^o et un certain nombre de fibromes ou de sarcomes kystiques. « Nous n'en voulons pour preuves, disent Labbé et Coyne, que les deux paragraphes où Astley Cooper décrit les hydatides et les globules arrondis, formés d'un tissu cellulaire œdémateux, suspendus par des filaments aux parois des kystes, et pourvus de parois douces d'une vascularité excessive ».

Waren (2) dans son *Traité des tumeurs* adopte pleinement les idées de l'auteur anglais.

En France la question des tumeurs du sein restait en retard : elle ne fut reprise qu'avec Velpeau (3). L'illustre chirurgien de la Charité, tout en acceptant partiellement les opinions d'Astley Cooper, crée une grande classe de tumeurs du sein : les adénoïdes. C'est dans cette classe qu'il range les tumeurs kystiques que nous voulons étudier ici.

Dans les thèses de concours de Nélaton (4) et de Bé-

(1) *Loco citato*, p. 517.

(2) WARREN (J.), *Surgical observations on tumors*, London, 1859, p. 210.

(3) VELPEAU, *Traité des maladies du sein et de la région mammaire*, 1854, p. 355.

(4) NÉLATON, *Des tumeurs de la mamelle*, Thèse d'agrég., 1839.

rard (1), nous ne trouvons rien sur les sarcomes kystiques du sein. Ces auteurs adoptent purement et simplement les idées de Velpeau.

Il faut en arriver au mémoire de Cruveilhier (2), consacré à l'étude des corps fibreux de la mamelle, pour trouver des vues nouvelles sur le sarcome et en particulier sur les kystes du sein. L'illustre anatomiste décrit en effet les formations kystiques, les végétations polypeuses de ces corps fibreux de la mamelle. Cruveilhier complétant l'analogie essaie de rapprocher les cavités intra-mammaires des géodes qui se rencontrent dans les corps fibreux utérins.

Sans vouloir enlever à Cruveilhier la part qui lui revient dans l'étude des tumeurs kystiques de la mamelle, et en particulier du sarcome, il est juste de reconnaître « qu'à côté de notions exactes, il en indique d'autres qui ne sont plus admissibles aujourd'hui » (Labbé et Coyne).

2^o **Période anatomique.** — Dans cette période, qu'avec Labbé on pourrait mieux appeler période de la spécificité cellulaire, l'étude des sarcomes kystiques de la mamelle ne fait pas un grand pas.

Lebert (3) en créant les adénomes du sein importe le premier dans la pathologie mammaire la notion de l'élément spécifique en anatomie pathologique. Il importe de faire remarquer que l'adénome de Lebert se rapprochait essentiellement de l'adénoïde de Velpeau.

(1) BÉRARD (A.), *Diagnostic différentiel des tumeurs du sein*, Thèse de concours, 1842.

(2) CRUVEILHIER, Des corps fibreux de la mamelle. *Mém. Acad. de méd.*, 1843-44, t. XI, p. 330.

(3) LÉBERT, *Bull. de la Soc. anat.*, 1850, t. XXV, p. 41-48, et 59-61.

A. Broca (1) conserva cette classification et décrivit tout au long dans son *Traité des tumeurs* l'adénome de la mamelle.

Il montre que les adénomes de la mamelle forment un groupe compact comprenant les tumeurs mammaires chroniques d'Astley Cooper, les tumeurs fibrineuses de Velpeau, les fibromes de Cruveilhier. Il fait voir en outre qu'on trouve dans ces adénomes des cavités kystiques d'origine glandulaire, remplies de végétations foliacées, dont les différentes nervures, disent Labbé et Coyne, sont séparées par des dépressions plus ou moins profondes.

Les anatomo-pathologistes français de cette période s'étaient surtout appliqués à l'étude des tumeurs bénignes du sein considérées comme tumeurs homéo ou hétéromorphes de la glande mammaire ; les Anglais au contraire se livrèrent plus particulièrement à l'étude des kystes que présentaient ces tumeurs.

Sir John Paget (2) le premier étudia d'une façon complète les kystes de la mamelle. Il décrit successivement les kystes simples, les kystes prolifères et les tumeurs glandulaires. Il insiste surtout (3) sur les kystes prolifères qui constituent la grande classe des kystes de la mamelle et qui peuvent devenir l'origine de toutes les variétés de tumeurs du sein. « En effet, dit Labbé, la cavité du kyste serait remplie d'un liquide séreux, ses parois seraient minces, et à cette période il serait impossible de le différencier d'un kyste séreux ordinaire ; mais bientôt, et c'est

(1) A. BROCA, *Traité des tumeurs*, t. II, p. 443.

(2) PAGET, *Lecture on surgical Pathology*, 1853, t. II, *passim*.

(3) *Loco citato*, p. 248.

à cette particularité-là qu'on le reconnaîtrait, la face interne de ses parois se recouvrirait de végétations plus ou moins sessiles, plus ou moins pédiculées. Puis les végétations, augmentant de volume, finiraient par remplir la cavité du kyste, et se souderaient par toute leur périphérie aux parois kystiques ; le liquide d'ailleurs se serait résorbé au fur et à mesure que les végétations se seraient développées. Ce travail d'adhérence terminé, une tumeur primitivement liquide puis contenant des parties liquides et solides en quantité variable, donnerait naissance à une tumeur entièrement solide, qui néanmoins conserverait la forme lobulée qu'elle avait alors qu'elle était en voie de développement ».

Paget décrit à côté des kystes prolifères une autre variété de cavités kystiques, d'origine glandulaire, dues à la dilatation des conduits excréteurs, et qui rentrent aujourd'hui en partie dans le groupe des tumeurs kystiques sarcomateuses du sein.

Birkett (1) qui succéda à Paget reconnut dans la mamelle deux variétés de kystes : 1^o les kystes par rétention ; 2^o les kystes blastématiques. Ce dernier mot était mal choisi ; c'était, il est vrai, l'époque de la théorie des blastèmes et Birkett y sacrifia. Mais sous cette dénomination de blastématique cette variété de kyste comprenait une foule de kystes, les kystes lacunaires en particulier, dont beaucoup appartiennent actuellement aux formations kystiques des sarcomes du sein.

3^o **Période histologique.** — Ce furent les recherches de

(1) BIRKETT (J). *Guy's hospital Reports*, 1849, 2. s., t. VI, p. 327 et 1851, 2. s., t. VII, p. 305.

l'école allemande qui mirent seulement du jour dans cette étude des adéno-sarcomes du sein et consécutivement des kystes dans les sarcomes.

« Et c'est Müller (1), le premier, qui attira l'attention, d'une façon spéciale sur l'existence de cavités, de kystes contenant des végétations de forme variée. Il crée pour ces tumeurs, et à cause de ce caractère anatomique, la dénomination de cysto-sarcome phyllode et proliferum, décrivant ainsi les tumeurs que Paget désignait sous le nom de kystes prolifères. Müller manifeste l'intention d'établir une différence entre deux variétés de tumeurs ; en effet il décrit comme cysto-sarcome proliférant des faits où les végétations intra-kystiques contenaient de nouveaux kystes, tandis que le terme de cysto-sarcome phyllode s'applique aux tumeurs dans lesquelles les mêmes végétations sont entièrement solides. Cette différence mérite-t-elle d'être conservée et correspond-t-elle à un caractère tellement important qu'elle doive être signalée par une dénomination spéciale ? Nous ne le pensons pas.

» D'un autre côté, ce terme générique de cysto-sarcome est-il toujours exact ? Oui dans le plus grand nombre des cas, mais il élimine forcément la presque totalité des tumeurs qui sont à leur début et dans lesquelles les végétations qui s'y développent ne sont encore que rudimentaires. Cette dénomination de cysto-sarcomes créée par Müller ne s'applique qu'aux tumeurs anciennes, arrivées au dernier terme de leur développement, dans lesquelles la formation kystique a, pour ainsi dire, absorbé tous les autres caractères pathologiques.

(1) MULLER, *loco citato*.

» Ces recherches de Müller, tout en attirant l'attention comme elles méritaient de le faire, n'eurent d'influence qu'en Allemagne, où le terme de cysto-sarcome servit pendant longtemps, et sert encore communément, à désigner la plupart des tumeurs bénignes du sein.

» Cette notion de la nature kystique de ces productions morbides fut plus tard complétée par Reinhard (1) qui, le premier en Allemagne, découvrit que les cysto-sarcomes de Müller n'étaient que des tumeurs d'origine glandulaire, des sarcomes développés dans la sphère conjonctive des organes sécréteurs, et étaient dus à une modification importante survenue dans la constitution intime du tissu conjonctif péri-acineux et interlobulaire.

» Cette notion nouvelle fut confirmée par Meckel (2). Cet auteur démontre en effet que le processus morbide se développe autour des conduits glandulaires ». Il montre en outre que les cysto-sarcomes naissent au sein des lacunes conjonctives dans lesquelles sont plongés les acini et leurs canaux excréteurs. Il divise enfin les kystes de la mamelle en : kystes d'évolution formés lors de la puberté aux dépens des acini dilatés grâce à une subévolution des canalicules excréteurs, et en kystes d'involution formés lors de la ménopause par un phénomène inverse, mais de subinvolution. Cette théorie et cette division sont fausses comme l'ont démontré depuis les études embryologiques sur le développement de la glande mammaire.

(1) REINHARD, *Pathologisch-anatomische Untersuchungen*. Berlin, 1852, p. 125.

(2) MECKEL (H.), *Patholog. Anat. der Brustdrüse. Illustrat. med. Zeitung*. München, 1853, Abth. III, p. 144.

Virchow (1) en reconnaissant au sarcome une origine conjonctive rejette implicitement la théorie de l'adénome mammaire et explique ainsi difficilement la formation de certaines cavités kystiques.

Depuis Virchow, tous les auteurs qui suivirent ont eu à peu près pour but de concilier les deux théories rivales dans la pathogénie du sarcome du sein. Les uns avec Billroth (2), Rosenstein (3), Labbé et Coyne (4) attachent une grande importance pathogénique aux modifications primitives du tissu conjonctif péri-acineux ; les sarcomes du sein sont pour eux des sarcomes adénoïdes (Billroth). D'autres au contraire avec Cadiat (5), Monod (6), semblent donner une influence prépondérante aux changements survenus dans la constitution de l'épithélium des acini mammaires ; c'est la théorie de l'adéno-sarcome du sein proprement dit. Quelles que soient leurs vues ces auteurs expliquent à peu près de la même façon le mode de développement des kystes à l'intérieur de ces tumeurs sarcomateuses de la mamelle. Nous aurons à étudier plus loin ces vues et ces idées pathogéniques.

Depuis lors, et dans tous les travaux récents et les observations que nous avons pu recueillir, on a insisté sur-

(1) VIRCHOW, *Traité des tumeurs*, trad. franç., t. I, p. 281, 318, 339 et t. II, p. 351.

(2) BILLROTH, in *Handbuch der allg. und spec. Chirurgie*, von Pitha und Billroth, 1865, t. III, part. 2, liv. 1.

(3) ROSENSTEIN, Contribution à l'histologie et au développement du fibrome de la mamelle. *Arch. v. Virchow*, 1873, t. XXV.

(4) LABBÉ ET COYNE, *loco citato*.

(5) CADIAT, Du développement des tumeurs cystiques du sein. *Journ. de l'anat. et de la phys.*, 1874.

(6) CH. MONOD, Contribution à l'étude des tumeurs non carcinomateuses du sein. *Arch. génér. de méd.*, janvier 1875.

tout sur la symptomatologie si spéciale que revêtent ces cysto-sarcomes. C'est le résumé fidèle des discussions qui se sont élevées sur cette pathogénie et la description clinique la plus exacte qu'on puisse en donner, que nous chercherons à exposer dans notre thèse.

Préliminaires.

Avant d'entrer dans le cœur de notre sujet, il nous faut en raison du titre même de la question que nous avons choisie dire quelques mots : 1° des sarcomes du sein ; 2° des formations kystiques dans les tumeurs sarcomateuses.

Cette étude est l'introduction nécessaire, obligée de celle des sarcomes kystiques du sein.

1° Des sarcomes du sein. — Le sarcome du sein ou adéno-sarcome des auteurs constitue avec le fibrome de la mamelle les deux variétés de tumeurs du sein d'origine conjonctive.

Suivant *la définition* du sarcome admise en anatomie pathologique générale le sarcome est constitué par du tissu conjonctif embryonnaire, le fibrome par du tissu conjonctif adulte. Il existe là une différence anatomique simplement de degré, caractérisée par une évolution plus ou moins parfaite de la cellule mésoblastique. En clinique cette différenciation toute artificielle se retrouve, et on sait depuis longtemps qu'un fibrome du sein peut redevenir embryonnaire et être le point de départ d'un sarcome à marche plus ou moins rapide.

Nous venons de définir le sarcome pur et simple du sein ; cette définition est toutefois incomplète. C'est qu'en effet à côté de la prolifération connective du stroma mammaire dans le sarcome, il existe des modifications importantes dans les lobules de la glande. Ce sont ces modifications

que nous aurons à étudier, que Velpeau avait très bien entrevues (tumeurs adénoïdes du sein), et qui nous expliquent le terme d'adéno-sarcomés du sein employé aujourd'hui par tous les auteurs.

L'aspect sous lequel se présentent les sarcomes du sein est très variable. Labbé et Coyne dans leur *Traité des maladies du sein* (1) établissent deux variétés d'adéno-sarcomes de la mamelle : l'une circonscrite, l'autre diffuse.

Le sarcome circonscrit offre des dimensions petites ; il est dû à l'envahissement d'une partie restreinte d'un lobe ou d'un lobule.

Le sarcome diffus, au contraire, s'est développé dans une zone plus étendue du tissu glandulaire, a pris assez rapidement un développement considérable et présente un volume bien supérieur.

Mais à un autre point de vue, ajoutent Labbé et Coyne, le terme de diffus est impropre, car il suppose une tendance à l'envahissement rapide de proche en proche et sans ordre régulier des parties voisines, ce qui n'existe pas en réalité. Dans ces deux variétés les tumeurs sont, en effet, limitées par une capsule fibreuse et présentent la même apparence lobulée. Cette différence de dénomination ne reposant que sur une question de volume et de dimension ne peut être acceptée.

Le volume des adéno-sarcomes du sein est des plus variables ; en général plus considérable que celui des adéno-fibromes, il n'est pas rare de voir quelques-unes de ces tumeurs sarcomateuses arriver à un développement tel que

(1) LABBÉ et COYNE, *locò citato*, p. 283.
DESRANGES

le sein présente les dimensions d'une tête d'adulte. Cette augmentation considérable de volume est due en totalité à la production exubérante du tissu de nouvelle formation.

Leur forme est ovoïde ou arrondie ; ils n'offrent point pourtant cette régularité de forme caractéristique du fibrome.

Leur surface est lobulée, mamelonnée ; mais ces lobulations sont toujours plus ou moins nettement arrondies. Elles se limitent facilement en clinique du reste de la glande, et développées en un point quelconque du sein, plutôt du côté du segment externe, elles disparaissent à leur tour, ne subsistent qu'à la périphérie, formant là comme une barrière, une zone protectrice, la capsule d'enveloppe de la tumeur. Au milieu de cette masse cellulaire sarcomateuse circulent des vaisseaux à parois embryonnaires, dépourvus par conséquent de soutien et ne demandant pour se dilater, devenir véritablement anévrysmatiques et se rompre, que la plus futile des causes.

Nous venons de décrire les altérations du stroma glandulaire dans le sarcome du sein, il nous reste à citer celles des canaux excréteurs et des acini glandulaires. Devant la prolifération extérieure ou interstitielle cellulaire, les cellules glandulaires séparées seulement des précédentes par la membrane limitante des acini ne sauraient ne pas réagir. Elles y sont forcées de deux façons : d'un côté par suite de la prolifération embryonnaire les conduits excréteurs de la glande s'oblitérent, il se forme donc dans la mamelle des culs-de-sac qui isolés et privés de leur voie d'excrétion ne demandent qu'à se dilater ; d'un autre côté les cel-

lules glandulaires, comme l'ont montré Forster (1) et Reinhardt (2), par suite d'une irritation de voisinage refoulent soit en avant, soit latéralement le reste de la glande, qu'elles compriment et atrophient même.

Leur coupe montre une tumeur de coloration blanchâtre ou gris rose, une consistance demi-ferme, une absence ou une pauvreté de suc au raclage. Les tumeurs ne crient point sous le couteau. On voit à leur périphérie une membrane d'enveloppe conjonctive caractéristique. A la surface de section on aperçoit des lacunes ou des kystes que nous décrirons plus loin tout au long.

La structure des adéno-sarcomes de la mamelle tient surtout de la structure des tumeurs interstitielles.

Au pourtour des acini le tissu conjonctif normal a proliféré, est devenu embryonnaire ; les cellules connectives adultes rajeunissent et donnent naissance à des éléments arrondis ou ovalaires qui peu à peu étouffent la substance fibrillaire. Ces éléments cellulaires appartiennent le plus souvent au type fusiforme ; c'est dire que le sarcome fusocellulaire ou fibro-plastique de Lebert est la variété la plus fréquente. A côté de cette variété on rencontre moins souvent celle à petites cellules, ou sarcome globo-cellulaire, sarcome myéloïde des auteurs.

Leur évolution est très variable ; rarement elles restent stationnaires ; le plus souvent elles augmentent de volume, peuvent devenir souvent énormes, comme dans plusieurs de nos observations. Peu à peu la tumeur diffuse,

(1) FORSTER, *Handbuch der path. Anat.*, Leipzig, 1863, t. 4, p. 482.

(2) REINHARDT, *Path. anat. Untersuchungen*, Berlin, 1852, p. 126.

la peau est envahie et s'ulcère. Rarement ces tumeurs se généralisent.

2° Des formations kystiques dans les tumeurs sarcomateuses. — Ce chapitre est un de ceux de l'anatomie pathologique générale qui a le plus vivement préoccupé les auteurs. Nous en trouvons l'exposé tout au long dans la thèse de Colson (1). On peut, pour schématiser et mettre un peu d'ordre dans l'étude si embrouillée de la question du développement de ces cavités kystiques dans les tumeurs sarcomateuses, les ramener à trois groupes principaux : 1° kystes par extravasation ; 2° kystes par dégénérescence ; 3° kystes par rétention.

1° *Les kystes par extravasation* ne sont pas très rares dans les tumeurs sarcomateuses ; ils résultent de la rupture des vaisseaux embryonnaires du sarcome dans l'épaisseur même de la tumeur. Le sang épanché refoule les éléments anatomiques et se constitue une loge, la cavité kystique.

Ces cavités kystiques, contenant un liquide séro-sanguinolent, se retrouvent notamment dans certaines variétés de sarcomatose cutanée que Perrin (2) a bien décrites dans sa thèse.

2° *Les kystes par ramollissement ou par dégénérescence* sont dus à la fonte des éléments constituant la tumeur. Que cette fonte cellulaire soit granulo-graisseuse, soit muqueuse, le résultat en est le même : les cellules en se désagréant laissent les liquides exsudés envahir leur

(1) COLSON (H.), *Des formations kystiques dans les tumeurs sarcomateuses*. Thèse de doct., Paris, 1880.

(2) PERRIN (L.), *De la sarcomatose cutanée*. Thèse de doct., Paris, 1886.

contenu, et se substituer peu à peu à elles-mêmes. Finalement la cavité kystique se trouve constituée et à la périphérie de la poche on retrouve les éléments sarcomateux non dégénérés.

Cette variété kystique est plus rare peut-être que la précédente ; néanmoins elle se retrouve très nettement établie par un certain nombre de publications.

3° *Les kystes par rétention* forment la dernière variété des formations kystiques dans les sarcomes, et de beaucoup la plus importante pour nous.

Ces kystes, en raison même du mot rétention, naissent aux dépens de cavités ou de conduits glandulaires. Si l'on suppose un sarcome évoluant au niveau d'une glande on comprendra aisément, qu'en vertu même de la malignité de la tumeur, les culs-de-sac et les conduits glandulaires seront à un moment donné envahis ; il en résultera une obstruction canaliculaire ou acineuse de l'organe ; la sécrétion continuant à se produire, une dilatation kystique naîtra forcément en arrière de l'obstacle. A son tour la poche kystique pourra être envahie par le néoplasme, qui proliférera lui-même à l'intérieur de la cavité.

Voici schématisés en quelques lignes les divers mécanismes qu'on observe dans la genèse des formations kystiques des sarcomes. Nous verrons plus loin à utiliser ces diverses notions acquises.

Étiologie.

Nous n'entreprendrons pas ici l'étiologie du sarcome du sein en général, nous voulons seulement signaler les quelques particularités étiologiques concernant le cysto-sarcome. Cette étude nous sera singulièrement facilitée par l'exposé précédent du mécanisme des kystes dans les sarcomes.

1° **Age.** — Il nous a semblé, d'après l'examen des observations, que l'âge avait réellement peu d'importance dans leur développement. La plus jeune de nos malades avait 22 ans, la plus âgée 70. L'âge habituel, celui que nous retrouvons le plus souvent, paraît être de 35 à 50 ans.

2° **Troubles génitaux.** — Les troubles génitaux, qu'invoque Hubert dans sa thèse, ne nous ont pas paru avoir grande importance. La stérilité qu'il accuse notamment doit être rangée, il nous semble, à côté de la ménopause, qui n'interviennent ici que comme simples causes coïncidentes; c'est à l'âge de la ménopause qu'apparaissent les sarcomes kystiques de la mamelle.

3° **Traumatismes.** — Faut-il accorder une bien grande confiance aux traumatismes antérieurs qu'invoquent les malades comme cause première de leur tumeur? Nous le croyons.

Comme l'a démontré Verneuil (1) dans ses mémoires,

(1) VERNEUIL, *Mémoires de chirurgie*. Etats constitutionnels et traumatisme, 1883.

cette question se rattache à celle de l'influence réciproque des diathèses et du traumatisme. Il est absolument prouvé qu'on doit faire une large part au traumatisme dans l'étiologie des sarcomes et en particulier dans celle des adénosarcomes kystiques.

Pathogénie et anatomie pathologique.

Nous avons vu plus haut les diverses variétés de kystes capables d'évoluer dans un sarcome. Ces trois variétés se retrouvent notamment, mais à des degrés divers, dans les adéno-sarcomes du sein.

La cause qui paraît la première à invoquer est celle de la rétention ; c'est celle que Labbé et Coyne dans leur remarquable ouvrage mettent en première ligne. Cela se comprend aisément, étant donné la richesse des canaux et des acini mammaires, l'origine interstitielle du néoplasme et la réaction parenchymateuse évidente du tissu glandulaire.

L'adéno-fibrome, comme l'adéno-sarcome, et celui-ci plus que celui-là, ont tendance en se développant à comprimer les canaux excréteurs de la glande et partant à donner naissance à un kyste sus-jacent à l'obstacle.

La deuxième variété qu'on rencontre dans les sarcomes kystiques est la variété des kystes par dégénérescence. Elle existe, mais elle est infiniment plus rare que la précédente.

Enfin la dernière variété, celle des kystes par extravasation, semble être exceptionnelle. Labbé et Coyne ne l'ont jamais rencontrée ; nous en trouvons signalés néanmoins un ou deux cas non douteux.

Anatomie macroscopique. — Nous examinerons ici les

caractères macroscopiques spéciaux aux adéno-sarcomes kystiques.

1° SIÈGE. — Presque toujours on ne les observe que sur un seul sein. Hubert rapporte qu'on les a vues exister simultanément dans ces deux organes ; nous n'avons pu trouver de pareilles observations.

2° NOMBRE. — En général leur nombre est unique ; c'est là un point déjà important capable de faire différencier un sarcome simple d'un sarcome kystique. Le sarcome simple en effet peut être multiple ; le sarcome kystique, dont le kyste apparaît à une époque le plus souvent avancée du néoplasme, ne l'est pas, parce qu'à cette époque les noyaux néoplasiques se sont fusionnés et ne forment plus qu'un tout dont il est impossible de séparer les parties originelles.

3° SITUATION. — Dans la glande l'adéno-sarcome kystique paraît affecter comme siège de prédilection l'hémisphère externe de celle-ci. C'est peut-être un caractère diagnostique important.

4° VOLUME. — Le volume est ici un meilleur élément. Les sarcomes kystiques constituent en effet les tumeurs les plus volumineuses de la mamelle ; on en a vu atteindre des dimensions considérables et même dépasser le poids de 25 à 30 livres.

5° FORME. — Leur forme est excessivement irrégulière ; il n'y a rien qui rappelle celle de l'adéno-sarcome au début et encore moins celle de l'adéno-fibrome.

6° SURFACE. — Elle est irrégulière aussi ; on y retrouve des bosselures volumineuses correspondant aux cavités kystiques et aux prolongements du tissu sarcomateux. Ces bosselures ont une consistance variable ; les unes

sont franchement fluctuantes, d'autres ont une consistance mollassse, d'autres enfin ont une consistance dure qui rappelle de loin celle du fibrome.

7° COULEUR ET ASPECT. — A la coupe la masse de la tumeur offre une coloration gris-rosée ou grisâtre, une surface lisse, donnant au raclage un suc assez abondant, transparent, comme gélatinéux parfois, plus souvent opalescent, d'apparence laiteuse, très semblable au prétendu suc cancéreux.

A côté de la masse que nous venons de signaler et qui constitue la tumeur proprement dite se trouvent le ou les kystes, le plus souvent refoulés excentriquement en un point quelconque du sein. Le nombre de ces kystes est des plus variables; souvent unique, ils peuvent être en nombre plus ou moins élevé et constituer ainsi la forme de sarcomatose polykystique de la mamelle dont le diagnostic est parfois si difficile avec la maladie kystique du sein.

La forme de ces cavités kystiques est des plus variables. Les unes sont régulières, ovoïdes ou sphériques et dans ce cas l'origine de la cavité kystique paraît se rattacher plus vraisemblablement à la rétention des liquides exsudés en arrière d'un obstacle (kystes par rétention); d'autres sont de forme plus ou moins bizarre, angulaires, anfractueuses et alors il s'agit plus souvent de cavités kystiques développées aux dépens des lacunes interstitielles du tissu mammaire (kystes lacunaires de Labbé et Coyne).

Leur volume est en général considérable; nous avons signalé plus haut le volume que ces formations kystiques donnent aux adéno-sarcomes du sein.

Leur surface interne est rarement lisse et unie ; le plus souvent (kystes prolifères) elle est verruqueuse ou villeuse. Ces végétations intra-kystiques constituent un des éléments intéressants des cysto-sarcomes de la mamelle, il faut nous y arrêter un instant. Ces végétations tapissent tout ou partie de la surface du kyste ; en général elles atteignent leur maximum du côté où la tumeur sarcomateuse est le plus développée. Leur nombre est souvent considérable ; elles couvrent toute la paroi qui disparaît pour ainsi dire sous elles. Quant au volume il n'y a rien de fixe à cet égard ; tantôt elles forment de simples verrucosités, ou villosités analogues aux villosités intestinales ou aux productions polypoïdes intra-articulaires dans l'arthrite sèche ; plus souvent leur volume est plus considérable, ce sont des productions pédiculées, fongoïdes qui envahissent une plus ou moins grande partie de la cavité kystique ; d'autres fois enfin ces énormes bourgeonnements de la paroi du kyste atteignent un volume tel, qu'ils finissent par combler toute la cavité dont on ne peut souvent retrouver les débris qu'avec un examen attentif. La forme de ces productions est souvent des plus bizarre ; on ne saurait indiquer toutes les comparaisons qui en ont été données ; dans nombre de cas ce sont des villosités, des arborescences analogues aux villosités qui hérissent parfois la face interne des synoviales ; d'autres fois ces végétations sont plus arrondies, se pédiculisent au niveau de leur point d'implantation, se renflent à leur extrémité terminale en forme de massue ; enfin dans d'autres cas elles prennent une apparence lamelleuse qu'on a comparée au feuilleté, à la disposition ramescente de l'arbre de vie du cervelet, à l'aspect

que fournit la coupe d'une tête de choux. Quoi qu'il en soit ces végétations sont rarement simples ; le plus souvent elles peuvent se décomposer en végétations plus petites, si bien que dans ces productions papillaires ou lamelleuses des adéno-sarcomes du sein on pourrait établir divers ordres (végétations de premier ordre, de second ordre, de troisième etc.). Leur couleur en raison même de leur structure histologique se rapproche singulièrement de celle de la tumeur elle-même ; nous ne nous y arrêterons pas.

Le contenu de ces poches kystiques, outre les végétations, est formé d'un liquide de caractères les plus variés. Tantôt, surtout dans les kystes par extravasation, c'est un liquide sanguin ou séro-sanguinolent, renfermant des caillots noirâtres ou brunâtres à différents degrés de régression. Ces caillots tapissent la paroi kystique comme les caillots et les fausses membranes d'une vieille hématocele vaginale. Tantôt le liquide est visqueux, filant, d'aspect glaireux ou synovial, très riche en mucine, de couleur jaunâtre ou citrin. Ajoutons que la coloration et les caractères physiques du contenu sont extrêmement variables et peuvent changer et se modifier sous l'influence des diverses causes extérieures (traumatisme, etc.).

Anatomie microscopique. — Nous avons à étudier successivement l'histologie de la tumeur adéno-sarcomateuse, de la paroi du kyste, des végétations intra-kystiques et du contenu de la poche.

1° TUMEUR. — La tumeur se rattache au type de l'adéno-sarcome du sein, dont l'étude histologique est bien connue. Tantôt elle a les caractères du sarcome fuso-cellulaire, tantôt ceux du sarcome globo-cellulaire. D'autres

fois elle prend des caractères mixtes et les cellules rondes et les cellules fusiformes se retrouvent en égale abondance ou irrégulièrement distribuées.

Autour des noyaux néoplasiques les tissus glandulaires et interstitiels de la glande ont subi diverses modifications. Les acini mammaires sont souvent proliférés ; d'autres fois ils sont refoulés et semblent atrophiés. Quelquefois leur épithélium a subi une influence hyperplasique ou dystrophique ; et alors on retrouve tapissant la face interne des acini soit deux, trois, quatre et même cinq couches de cellules cylindriques, dont le noyau disparaît souvent au milieu des granulations qui l'entourent, soit une ou deux couches de cellules affectant le type pavimenteux. Les conduits galactophores ont subi des altérations identiques à celles des acini mammaires ; souvent ils sont atrophiés, refoulés excentriquement par la masse de la tumeur ; parfois au contraire ils sont proliférés et ont pris un volume considérable. Le tissu interstitiel péri-sarcomateux subit aussi l'influence dystrophique du néoplasme ; on observe souvent autour des gros adéno-sarcomes kystiques du sein une zone de défense fournie par du tissu conjonctif adulte qui forme enveloppe à la tumeur et représente souvent les restes d'un fibrome mammaire dégénéré en sarcome ; dans ce cas la tumeur est nettement limitée (adéno-sarcome circonscrit) ; dans certains cas la tumeur s'est étendue au loin, les cellules sarcomateuses fusent dans les interstices cellulaires (adéno-sarcomes diffus).

2° PAROI DU KYSTE. — La paroi du kyste affecte une structure qui est loin d'être toujours la même.

Souvent, et cela s'observe surtout dans les kystes par

rétenition, la paroi est formée d'une mince couche de tissu conjonctif adulte ou embryonnaire tapissé d'une ou deux couches d'épithélium cylindrique ou cubique, dont on peut toujours, disent Labbé et Coyne, retrouver la présence sur les pièces fraîchement enlevées.

D'autres fois la paroi est formée directement par la masse néoplasique qui baigne à même dans la cavité kystique ; cela s'observe surtout dans les adéno-sarcomes kystiques proliférants.

Enfin, quand on a affaire à un kyste par extravasation, comme dans l'observation XVI, la paroi peut être uniquement constituée au moins en certains points par le tissu conjonctif interstitiel de la glande, refoulé et condensé de manière à former la paroi. C'est dans ces cas surtout que la surface interne de celle-ci prend les aspects les plus bizarres, notamment un aspect réticulé qu'on a comparé à juste raison à l'aspect de la paroi des cavités cardiaques.

3° VÉGÉTATIONS INTRA-KYSTIQUES. — Nous serons bref sur la structure des végétations intra-kystiques. Etant donné qu'elles émanent de la masse néoplasique, elles doivent en présenter la structure. C'est ce qui a lieu en effet.

Le plus souvent ces végétations sont uniquement constituées par du tissu sarcomateux, ayant parfois pour charpente un rudiment de fibres conjonctives adultes ou contenant des débris d'acini glandulaires. La structure embryonnaire de ces végétations nous explique notamment les formes bizarres de ces proliférations intra-kystiques et nous fait comprendre leur rapidité d'évolution et le volume souvent excessif qu'elles atteignent.

4° CONTENU DU KYSTE. — Le contenu est formé par un liquide renfermant en plus ou moins grand nombre soit des cellules épithéliales tombées de la paroi, soit des cellules sarcomateuses globulaires ou fusiformes plus ou moins dégénérées, soit dans les kystes hématiques, des globules sanguins à divers degrés d'altération.

Cette rapide esquisse histologique va singulièrement nous faciliter l'étude clinique de ces tumeurs, qu'il nous reste à faire.

Symptômes.

On peut reconnaître dans la symptomatologie des adénosarcomes kystiques de la mamelle, 3 périodes bien distinctes, dans chacune desquelles les caractères cliniques du néoplasme diffèrent de tout point.

Ces périodes sont les suivantes : dans une première période le kyste n'est pas formé ou n'est pas susceptible d'être diagnostiqué cliniquement (*période pré-kystique*;) dans une deuxième le kyste est formé et l'adéno-sarcome kystique se présente avec tous ses caractères (*période kystique proprement dite*); dans une troisième et dernière période le kyste se rompt par suite de l'ulcération de la tumeur (*période ulcéreuse*). Nous indiquerons dans chacune d'elles les caractères cliniques spéciaux à ces tumeurs, rejetant ceux qu'ils ont particulièrement de commun avec les adéno-sarcomes en général de la mamelle.

1° Période pré-kystique. — A cette période le kyste n'est pas encore formé ou est en voie de formation. La tumeur kystique n'a pas de caractères bien particuliers; on sait en effet que anatomiquement tous les adéno-sarcomes du sein renferment plus ou moins des cavités de volume variable. Les symptômes de la variété kystique de ces tumeurs n'apparaîtront donc point à cette période. Aussi à cette première période la tumeur offre-t-elle les symptômes des adéno-sarcomes en général.

Tout au plus pourrait-on soupçonner le développement

possible d'un kyste dans la tumeur dans les cas d'évolution rapide de celle-ci ; mais jusqu'ici rien, aucun signe physique ne permet de l'affirmer.

2° **Période kystique ou d'état.**— Le kyste une fois constitué la tumeur est à sa période d'état, et présente là sa symptomatologie si spéciale.

Le début de cette période kystique varie suivant les cas. Parfois l'on a affaire à un sarcome ordinaire du sein qui, tout à coup, sous l'influence d'un traumatisme par exemple augmente de volume dans des proportions considérables, et cela dans l'espace de quelques heures, de quelques instants même ; dans ce cas il s'agit le plus souvent d'un kyste hématique développé au sein du néoplasme et reconnaissant pour cause la rupture de vaisseaux embryonnaires de la tumeur. D'autres fois, et c'est en général la règle, l'évolution est plus lente, c'est en l'espace de quelques jours, de quelques semaines, que la tumeur, que le noyau induré perdu au milieu de la mamelle a pris un développement considérable. Quoi qu'il en soit brusque ou rapide le début de la phase kystique a toujours une allure plus ou moins aiguë qui est un des bons éléments du diagnostic.

A ce moment-là *les symptômes fonctionnels* de la tumeur sont en général peu marqués. Le plus souvent elle est indolente ou très peu douloureuse ; cette indolence des gros adéno-sarcomes kystiques de la mamelle contraste singulièrement avec les douleurs, les névralgies si tenaces et si désespérantes des petits fibromes ou des sarcomes du sein au début. Tout au plus la malade accuse-t-elle une sensation de plénitude, de distension dans la mamelle at-

teinte. D'autres fois c'est seulement par le poids de la tumeur que la malade est incommodée; le sein atteint prend des proportions telles que la malade se trouve dans la nécessité de venir réclamer une intervention chirurgicale.

Les symptômes physiques sont alors au complet. L'examen superficiel permet déjà de voir un certain nombre de caractères d'une grande valeur. La mamelle du côté malade est plus volumineuse comparativement à l'autre: toute la glande paraît hypertrophiée dans son ensemble, et ce n'est qu'à un examen plus approfondi qu'on peut séparer les différents signes permettant de faire un diagnostic.

La peau de la région mammaire, recouvrant la tumeur, a conservé le plus souvent tous ses caractères normaux; alors même que la tumeur a acquis un volume considérable les téguments restent sains dans la majorité des cas; c'est là un élément de grande valeur pour le diagnostic, on sait en effet avec quelle rapidité ceux-ci se prennent dans les tumeurs dites malignes de la mamelle (épithélioma sous ses différents aspects).

Parfois pourtant la peau présente différents changements importants à connaître. Sous l'influence de la distension que lui cause la tumeur sous-jacente, elle prend un aspect lisse et uni qu'on ne retrouve point à la surface de la glande mammaire chez la femme à l'état normal. De plus la circulation veineuse intra-mammaire se trouvant considérablement gênée du fait de la présence de la tumeur, il s'en suit des phénomènes de stase dans la circulation de retour; ces phénomènes se traduisent par des marbrures, des arborisations très manifestes sous les téguments du sein; parfois ces arborisations offrent un volume plus considérable, on

aperçoit alors un réseau de veines bleuâtres, tortueuses et dilatées, véritable tête de Méduse, témoignant de la gêne de la circulation profonde et résultant de la distension des vaisseaux sous-cutanés. Cette circulation collatérale supplémentaire offre parfois un développement tel que toute la surface du sein prend une coloration violacée, ou rouge veineux, d'aspect érysipélateux.

Il est un caractère négatif important des téguments que nous devons signaler ici ; c'est que quelle que soit le développement de la tumeur mammaire, jamais la peau n'est gaufrée, chagrinée, ne présente les caractères de la peau d'orange qu'on retrouve dans le cancer. La cause de cette absence d'adhérences se traduisant par l'aspect chagriné de la peau tient à la nature même et au mode d'évolution du sarcome. Si dans le cancer, la peau s'infiltré directement de proche en proche, il n'y a rien de semblable dans le sarcome du sein ; les téguments sont simplement distendus, refoulés, et se rompent par ulcération plutôt que de se laisser envahir par contiguité.

L'examen direct de la glande fournit encore d'autres éléments de diagnostic. Lorsque la tumeur a un certain volume, si l'on vient à regarder obliquement la mamelle atteinte, on constate, comme l'a montré Rokitansky, une apparence spéciale de celle-ci. On voit souvent une ou plusieurs bosselures se dessiner à la surface en apparence lisse du sein, et ces bosselures au lieu de faire corps avec la glande, semblent se détacher, être plutôt appliquées simplement contre elle, comme surajoutées. « Cette disposition, dit Hubert, s'accuse bien davantage, lorsque faisant asseoir la malade, on voit la tumeur abandonnée à

elle-même, recouvrir un peu les parties sous-jacentes. Sous l'influence de la tension que son propre poids fait éprouver aux téguments, elle semble rattachée à la paroi costale par une portion un peu rétrécie qui lui forme un pédicule à demi-ébauché, apparence que confirme la mensuration (Birkett). On peut, en effet, constater ainsi dans un grand nombre de cas, que le diamètre est un peu moins considérable au niveau du point où la tumeur repose sur les parois thoraciques ».

Les différentes portions du sein ont conservé le plus souvent leurs caractères habituels. L'aréole présente sa coloration habituelle un peu foncée ou rougeâtre parfois. Contrairement à ce qu'on observe dans le cancer du sein en général le mamelon offre sa forme et son volume ordinaires ; il n'est point rétracté comme dans le cancer ; au contraire parfois même il a tendance à faire une saillie plus marquée, refoulé qu'il est par la tumeur sous-jacente ; il est enfin des cas où sous l'influence de la distension des téguments il est plus ou moins dévié de sa direction habituelle.

La palpation vient compléter les notions fournies par la simple inspection et nous fournit un nouvel appoint pour le diagnostic.

En palpant les téguments on constate tout d'abord que ceux-ci sont mobiles sur les plans profonds, sous-jacents ; il n'y a aucune adhérence, aucune bride les rattachant à la glande ; en conséquence il n'y a point d'envahissement du derme ou de l'hypoderme.

Immédiatement au-dessous de ces téguments, de préférence dans le segment externe de la glande, la main qui

l'explore trouve la masse néoplasique. Elle apparaît en général volumineuse, du volume d'une orange, du poing, d'une tête de fœtus, ou d'enfant nouveau-né. Cette masse est irrégulière ; elle présente des lobulations en nombre plus ou moins considérable, se traduisant par des bosselures inégales, dont les unes sont enchâssées à l'intérieur de la tumeur principale, dont les autres ont tendance à faire plus ou moins relief et à devenir indépendantes du noyau mère. Le nombre de ces bosselures est des plus variables ; tantôt on n'en constate qu'une ou deux ; d'autres fois le palper en montre un nombre plus considérable, c'est la forme polykystique de l'adéno-sarcome mammaire. Leur volume diffère singulièrement sur les unes et sur les autres ; en général il est en rapport avec le volume même de la glande et de la tumeur principale. Leur consistance est un élément important de diagnostic ; les unes donnent une consistance dure, élastique, ce sont celles qui correspondent aux parties solides de la tumeur ou aux parties intra-kystiques ; d'autres offrent une fluctuation non douteuse, plus ou moins nettes suivant l'épaisseur des parois de la poche et suivant la tension même du liquide contenu dans celle-ci. Le contraste de consistance fourni par ces bosselures de la tumeur constitue un signe de haute valeur et est à peu près pathognomonique de l'adéno-sarcome kystique du sein.

A côté de ces noyaux secondaires la palpation découvre parfois un noyau plus volumineux, plus profond ou plus superficiel qu'eux, en tout cas le plus ancien et qui constitue le noyau originel, point de départ de la tumeur. Ce noyau, comme les précédents, paraît bien nettement cir-

conscrit ; il n'a rarement ces caractères de diffusion, d'extension en pattes de crabes, qui sont le propre des tumeurs malignes, du cancer en particulier.

Les anciens auteurs attachaient une grande importance aux écoulements qui pouvaient se produire par le mamelon soit spontanément, soit sous l'influence de la palpation et de la compression. La sortie spontanée d'un liquide par le mamelon s'observe quelquefois à l'occasion de la poussée congestive du côté du sein à l'époque des règles ; l'écoulement provoqué par une palpation un peu brusque, par un traumatisme, par la compression de la glande s'observe plus souvent. On comprend aisément qu'un kyste par rétention puisse ainsi se vider à l'extérieur à un moment donné de l'évolution d'une de ces tumeurs. Le liquide excrété présente alors des caractères variables ; ordinairement visqueux et jaunâtre, muqueux, il peut être parfois séro-sanguinolent ou franchement sanglant ; mais ce qu'il y a d'important, ce ne sont pas tant les caractères morphologiques de ce liquide que la quantité même, car dans la majorité des cas cet écoulement par le mamelon se fait en jet et non goutte à goutte, caractère différentiel important d'avec l'écoulement par le mamelon qu'on observe dans le cancer du sein proprement dit.

Un dernier élément négatif capital fourni par la palpation est l'absence d'adénopathie axillaire. Les ganglions, comme l'a fait voir Dolbeau un des premiers, ont conservé leur forme, leur volume et leur consistance normales.

L'état général de la malade est souvent encore assez bon à cette période et contraste singulièrement avec celui si déplorable des cancéreuses. Il est frappant de voir des

femmes atteintes de volumineuses tumeurs adéno-kystiques de la mamelle conserver encore pendant longtemps toutes les apparences de la santé la plus florissante et d'un réel embonpoint, alors que des malheureuses présentant un tout petit noyau de carcinome mammaire sont déjà la proie d'une cachexie avancée et de toutes les complications viscérales des tumeurs malignes épithéliales.

3° Période d'ulcération. — Nous serons bref sur les symptômes des sarcomes kystiques du sein à cette période, car à cette époque avancée les caractères des sarcomes ulcérés du sein, qu'ils soient kystiques ou non, sont absolument les mêmes.

Le *début* de cette période est variable comme mode et comme époque. C'est en général au bout d'un temps plus ou moins prolongé (six mois, un an, plusieurs années) que la peau qui recouvre la tumeur cède sous l'influence de la distension et livre passage au néoplasme. Cette ulcération des téguments se produit de diverses façons : souvent elle est spontanée et résulte de la brusque distension et de la rupture des téguments qui éclatent pour ainsi dire au point de tension maxima ; dans ce cas l'ulcération n'est annoncée par aucun phénomène prodromique. Parfois le mécanisme d'ulcération est très différent, les téguments, sous l'influence de la compression exercée par la tumeur, subissent dans leur nutrition des troubles tels qu'ils se mortifient ; une plaque de sphacèle se forme alors, et à sa chute, l'ulcération est constituée. Cliniquement ce mode d'ulcération s'annonce par une sensation de distension exagérée des téguments du sein malade, par un changement de coloration de la peau qui s'œdématie, rougit, devient luisante et

qui bientôt prend une coloration brunâtre ardoisée ; la plaque de sphacèle est constituée ; elle va se dessécher et le limiter petit à petit, puis finalement tomber. A sa chute la masse sarcomateuse sous-jacente viendra faire hernie par l'orifice des téguments ; une cavité kystique pourra également, lors de l'ulcération, expulser son contenu, mais le fait est rare et l'on n'a pas souvent l'occasion de constater l'évacuation brusque d'une poche kystique.

Une fois constituée l'ulcération prend des *caractères spéciaux* qu'il importe de bien connaître ; elle forme en effet ce que les anciens désignaient sous le nom de *fongus du sein*.

A la surface de la tumeur adéno-sarcomateuse, qui a conservé sa forme et ses caractères précédents, qui est devenue parfois adhérente par ses parties profondes, se trouve une ulcération de dimensions variables : tantôt de la largeur d'une pièce de un franc, tantôt de dimensions beaucoup plus considérables.

Cette ulcération siège le plus souvent au voisinage du mamelon ; c'est là en effet que la distension arrive généralement à son degré maximum dans les sarcomes kystiques.

Tantôt cette ulcération est unique ; d'autres fois il en existe deux, trois même séparées par des points de peau plus ou moins saine, ou seulement par des plaques de sphacèle. L'ulcération est dans ce cas en voie de progression.

La forme de cette ulcération est des plus irrégulière ; ses contours n'ont rien de fixe, sont sinueux, découpés comme une carte géographique. Les téguments qui la bordent sont amincis, présentent une teinte violacée, livide ou plus pâle ;

ils sont décollés et l'extrémité d'une sonde cannelée ou d'un stylet peut être introduite entre ces bords amincis et décollés et la surface même qui constitue le fond de l'ulcération.

Ce fond est constitué par une masse végétante qui a plus ou moins tendance à faire hernie sous forme de champignon (fungus) à travers l'orifice cutané. Cette masse fongueuse est jaunâtre ou rougeâtre, striée de sang ou panachée. Son volume est des plus variables et varie de la grosseur d'une petite noix à celui d'une tête d'enfant et même d'adulte. La forme de ces végétations rappelle celle que nous avons décrite à l'anatomie pathologique ; ces productions végétantes peuvent en effet affecter les formes les plus bizarres. Leur surface est inégale, papillaire, vilieuse et décomposable en un nombre plus ou moins grand de végétations d'ordre inférieur. Elles se recouvrent d'un liquide séro-purulent, louche, abondant, qui se mélange au liquide muco-séreux ou hématique des kystes et qui s'écoule à l'extérieur ; un des éléments importants est la fétidité particulière de ces écoulements mammaires, fétidité qui se retrouve il est vrai dans la plupart des tumeurs malignes ulcérées, mais qu'on ne retrouve jamais à un aussi haut degré que dans le sarcome ulcéré du sein.

A cette époque avancée la tumeur est devenue le plus généralement diffuse ; elle n'est plus mobile comme dans la période précédente sur les plans profonds mais leur adhère. Elle diffuse de plus par la voie sanguine, d'où les embolies sarcomateuses possibles ; rarement elle se propage par la voie lymphatique, aussi n'observe-t-on que rarement, même à cette période, l'adénopathie axillaire.

Toutefois *l'état général*, qui jusque-là avait été bon, commence à décliner ; sous l'influence de l'ulcération sanieuse du sein et des phénomènes de résorption septique qui l'accompagnent, l'appétit se perd, la fièvre, l'hecticité apparaissent bientôt et, si une complication n'est pas déjà survenue, la malade tombe alors dans un état de cachexie telle que la mort n'est plus qu'une question de temps.

Cette phase ultime de l'évolution du sarcome kystique du sein ne lui est pas spéciale ; on la retrouve pour toutes les tumeurs malignes de cette glande arrivées à l'ulcération. Cette communauté des symptômes généraux avec les autres tumeurs nous dispensera d'insister davantage.

Marche. — Durée. — Terminaison.

Nous venons de décrire l'évolution des symptômes dans un cas de sarcome kystique de la mamelle.

Cette division de la marche de l'affection en 3 phases (pré-kystique, kystique et ulcéreuse) nous paraît justifiée ; elle marque en effet assez bien les étapes que parcourent de pareils néoplasmes.

Leur durée d'évolution est des plus variables ; on sait que le sarcome de la mamelle constitue cependant une tumeur dont l'évolution est assez rapide et possède ainsi un caractère de malignité particulière. Cette rapidité dans la marche se retrouve même portée à son plus haut degré dans les adéno-sarcomes kystiques qui représentent comme durée d'évolution une des tumeurs de la mamelle à marche des plus rapides ; celle-ci se compte par mois, rarement par années.

Si la tumeur peut être arrêtée dans son envahissement par une opération opportune, elle ne récidivera pas moins comme nous le verrons plus loin. Tôt ou tard, et malgré des interventions successives, la cachexie sarcomateuse ou les greffes viscérales néoplasiques apparaîtront. A cette époque l'adéno-sarcome du sein se sera comporté comme le pire des cancers. C'est en effet par la mort à plus ou moins brève échéance que se termine l'évolution de ces néoplasmes.

Récidives. — Complications. — Pronostics.

Un des caractères propres au cysto-sarcome de la mamelle est la fréquence des récidives. Comment se font ces récidives ? C'est encore là un fait spécial à l'adéno-sarcome du sein. En général elles se font dans la glande même, précédemment atteinte; ce sont des récidives *in situ*. Leur nombre est parfois très grand; on cite des malades qu'on a dû opérer 10, 15 fois même pour de nouveaux noyaux mammaires et qu'on a pu ainsi faire vivre par cette suite d'opérations successives un nombre très respectable d'années.

En dehors de ces récidives, il peut survenir au niveau de la tumeur plusieurs complications qui précipitent le dénoûment fatal. Ces complications locales n'ayant rien de particulier à la variété kystique des adéno-sarcomes, nous ne ferons que les signaler. Ce sont : l'inflammation de la tumeur, la gangrène souvent invoquée par les anciens auteurs, les hémorrhagies très fréquemment redoutables et qui forcent parfois la main du chirurgien alors même que l'état général laisse à désirer et qu'il n'y a pas grandes chances de pouvoir arrêter la marche du sarcome.

Les deux points que nous venons d'indiquer : fréquence des récidives et possibilité de complications graves viennent encore noircir le pronostic des adéno-sarcomes du sein. La bénignité qu'on a si souvent attribuée à ces tumeurs est aujourd'hui bien abandonnée et l'on sait, comme l'attestent

nos observations, que nombre de ces tumeurs kystiques se comportent comme le pire des cancers. Il ne faudrait pas pourtant trop assombrir le pronostic ; on se rappellera en effet qu'une suite d'interventions souvent très multiples a pu donner aux malades une survie parfois longue.

Diagnostic .

En principe on peut dire que le diagnostic des sarcomes kystiques du sein est facile. La période où il y a réellement à s'y arrêter est la période d'état ou période kystique proprement dite ; aux deux autres périodes en effet le diagnostic a peu d'importance ; au début il est difficile et le plus souvent impossible ; à la période ulcéreuse le cysto-sarcome se comporte comme le sarcome du sein en général.

C'est donc lorsque la tumeur kystique est réellement constituée qu'il importe d'examiner quelles erreurs on peut commettre en présence d'un cysto-sarcome de la mamelle.

Rappelons en quelques mots les caractères de la tumeur à cette époque : tumeur indolore, bien limitée, mobile sur les parties profondes et sous la peau, ayant tendance à s'isoler plus ou moins de la glande, de surface inégale, bousselée, à consistance variable suivant les points, dure, rénitente par endroits, fluctuante dans d'autres, s'accompagnant parfois d'écoulement par le mamelon qui n'est point rétracté, sans adénopathie axillaire, concomitante ; tels sont ses caractères.

En raison de sa consistance variable il importe de la différencier successivement : 1° des tumeurs solides ; 2° des tumeurs liquides de la mamelle.

1° Tumeurs solides. — Le diagnostic différentiel d'avec les tumeurs solides est facile.

Le fibrome mammaire n'a pas de caractères qui permettent de le confondre; il est dur, douloureux; sa marche est des plus lentes.

Les enchondromes, les myxomes du sein sont des tumeurs exceptionnelles avec lesquelles on ne doit pas compter.

Le cancer du sein seul et encore dans sa variété encéphaloïde peut prêter à confusion. Cette dernière variété débute, comme l'adéno-sarcome, par un noyau induré perdu au milieu de la glande; mais bientôt ce noyau néoplasique s'accroît, fait corps avec celle-ci. La peau qui le recouvre est amincie, violacée, adhérente (peau d'orange); la tumeur est plus régulière, pousse moins de prolongements, n'a pas les bosselures du sarcome kystique; sa consistance est différente et plus uniforme, elle est molle, souple, analogue à celle de la pulpe cérébrale. Si dans quelques cas l'encéphaloïde s'accompagne de cavités kystiques, on cherchera ailleurs les éléments du diagnostic. On ira explorer l'aisselle et on y trouvera un chapelet ganglionnaire induré, roulant sous le doigt, confirmatif de l'existence d'une néoplasie épithéliale de la glande et partant à propagation lymphatique. La progression par voie lymphatique de la tumeur est le propre du cancer; le sarcome au contraire chemine par la voie des vaisseaux sanguins.

Le syphilome ou le tubercule mammaires à leurs débuts en imposeraient rarement pour un cysto-sarcome. Leur consistance et leur marche sont en effet complètement différentes.

2° **Tumeurs liquides.** — Le diagnostic différentiel d'avec

les tumeurs liquides du sein est beaucoup plus difficile ; c'est là véritablement le point délicat de la question.

Les kystes séreux de la mamelle sont des affections rares dont la pathogénie est encore mal connue. Le seul caractère important pour le diagnostic sera fourni par un palper attentif ; celui-ci montrera en effet que la cavité kystique est indépendante dans la glande, qu'à côté d'elle il n'y a point de noyau induré, symptomatique d'une néoplasie mammaire.

Les kystes dermoïdes de la mamelle sont rarissimes, et ont une consistance uniforme et mollassée que n'ont point les adéno-sarcomes kystiques.

Les kystes hydatiques méritent à peine d'être mentionnés ; on n'en connaît que quelques exemples dans la science.

Plus délicat est le diagnostic avec le *kyste lacteux ou galactocèle*. En raison même de leur origine ces kystes lacteux sont capables de subir différentes transformations, leur contenu peut se modifier dans sa consistance, si bien qu'on a cru nécessaire d'en reconnaître deux variétés : le galactocèle liquide et le galactocèle concret.

Le galactocèle liquide le plus intéressant se développe en général chez les femmes pendant la durée de la lactation ou au moment du sevrage, rarement pendant la grossesse ou à une époque éloignée de celle-ci. De plus le galactocèle forme une tumeur unique, moins volumineuse habituellement que le cysto-sarcome ; elle est plus lisse, plus régulière, et ne présente pas ces bosselures si pathognomoniques de l'affection qui nous occupe. En cas de doute une ponction exploratrice trancherait la question.

Divers abcès du sein pourraient peut-être induire en er-

reur ; la variété que M. le professeur Tillaux a désignée sous le nom d'abcès tiède pourrait prêter à confusion. Mais on se rappellera les conditions qui accompagnent l'évolution des abcès du sein en général et en premier lieu les phénomènes douloureux qui ne manquent jamais.

La tuberculose mammaire et en particulier l'abcès froid mammaire sont susceptibles d'un diagnostic différentiel. On se souviendra des caractères si nets de cette affection, indiqués par Dubar dans sa thèse. Outre les caractères généraux qui accompagnent cette affection, la tuberculose de la mamelle qu'elle soit discrète ou confluyente se différencie de tout point par sa marche. On assiste tout d'abord à la présence dans l'épaisseur de la glande d'un ou plusieurs noyaux, qui se ramollissent, et alors seulement donnent une fluctuation plus ou moins nette. Plus tard la peau s'ulcère et l'abcès froid mammaire devient fistuleux.

La syphilis gommeuse de la mamelle, quoique rare, doit être soupçonnée et doit tenir en éveil un clinicien prudent.

Mais l'affection qui peut prêter le plus à erreur est *la maladie kystique de la mamelle*. Grâce aux bases sérieuses de diagnostic qu'en a données Reclus (1), on sera à même de trancher la question. On se souviendra qu'elle présente deux caractères bien nets : « D'abord les kystes, en nombre souvent considérable, occupent la glande tout entière. Or, d'habitude, il n'en est pas ainsi, et les cavités se développent au milieu d'une tumeur, sarcome, épithélioma, carcinome, qui, quel qu'en soit le volume, n'atteint guère qu'une partie de la mamelle saine en d'autres points. Ici

(1) RECLUS (P.), *Clinique et critique chirurgicales*, 1884, p. 543.

la glande est partout envahie, et de la périphérie au centre on trouve des kystes épars dans tous les lobes. Le second caractère n'est pas moins singulier : dans cette affection particulière les kystes sont bilatéraux. On sait pourtant combien sont exceptionnelles les néoplasies qui siègent à la fois dans les deux glandes ; nos livres les signalent comme des raretés pathologiques et il faudrait de longues recherches pour en trouver quinze exemples dans les recueils. Ici les deux mamelles sont atteintes, et simultanément ou consécutivement, les cavités apparaissent et se développent dans les deux seins.

Il nous resterait à différencier l'adéno-sarcome kystique de l'adéno-sarcome simple. Il suffit pour faire le diagnostic de se rappeler les bosselures nombreuses, fluctuantes, la rapidité d'évolution si spéciales au kyste symptomatique de sarcome de la mamelle.

Traitement.

Nous n'avons pas à nous arrêter sur le traitement de cette affection ; il est le même que celui du sarcome du sein en général.

Au début on pourra avoir recours à *l'ablation de la tumeur*, surtout s'il s'agit d'une femme jeune encore ; dans ce cas on pourra tenir compte du résultat esthétique d'une pareille opération comparée à l'ablation totale de la glande.

Mais s'il s'agit d'une tumeur volumineuse ou d'un noyau de récidue, on devra délaissér cette méthode parcimonieuse ; *l'amputation du sein* s'imposera alors dans la majorité des cas.

Il est un point encore à signaler ; il a trait à l'utilité et à l'action quasi-curative des opérations partielles successives lors de récides. On ne saurait oublier que des malades ont subi jusqu'à quinze interventions et que seulement à ce prix on a pu leur donner une survie qui aboutit à peu près à une guérison définitive.

Nous ne pouvons pas passer sous silence les tentatives de sérothérapie qui ont été faites dans un cas de sarcome par MM. Richet et Héricourt (1).

Ils ont récemment communiqué l'observation suivante :
« Des injections de sérum d'animaux (âne et chiens) ino-

(1) RICHET ET HÉRICOURT, Traitement et guérison de deux cas de cancer par la sérothérapie. *Académie des sciences*, séance du 29 avril 1895.

culées avec le suc d'un ostéro-sarcome de la jambe furent faites à une malade atteinte de fibro-sarcome récidivé.

« Au bout de quarante jours et après injection sous-cutanée de 120 centimètres cubes de ce sérum, la malade semblait guérie ».

Ces tentatives encore trop récentes montrent quelle est la voie à suivre désormais dans le traitement du sarcome et de nouveaux essais devront être tentés de ce côté.

OBSERVATIONS

OBS. I. — *Cysto-sarcome du sein.* TRÉLAT. *Gaz. des hôpit.*, 1872, t. XLV, p. 570.

Etat actuel. — La tumeur était un cysto-sarcome volumineux de la mamelle gauche. Les caractères du cysto-sarcome étaient bien accusés : tumeur très dure sur certains points, fluctuante sur d'autres ; malgré son grand volume, ne s'accompagnant pas d'engorgement ganglionnaire. La tumeur n'était pas ulcérée.

Opération. — Amputation du sein.

Examen de la tumeur. — En dessous de la tumeur principale, il s'en présentait d'autres, dont la surface était très régulière et qu'il était possible d'enucléer avec les doigts. C'était en apparence des adénomes vrais, dans lesquels le tissu glandulaire, avec ses lobes et ses lobules, semblait hypertrophié uniformément. Les lamelles de tissu cellulaire qui formaient des loges à ces tumeurs étaient parfaitement saines.

Ainsi tandis que la partie superficielle de la tumeur mammaire offrait bien tous les caractères du cysto-sarcome avec dilatations kystiques remplies de ce liquide brun-verdâtre que Virchow regarde comme une transformation du sang, les parties profondes, au contraire, étaient un type de ce que Velpeau a autrefois nommé tumeurs adénoïdes.

Cette combinaison n'est pas très rare. Virchow en fait mention ; et il l'explique par l'irritation sarcomateuse à la superficie et devenue purement hypertrophique en s'éloignant de son point de départ.

OBS. II (Résumée). — *Tumeur du sein fibro-sarcome kystique.*

HUBERT, *Bull. soc. anat.*, 1873, 5. s, t. VIII, p. 389.

Louise, âgée de 34 ans, est admise à l'hôpital Beaujon service de

M. Dolbeau, pour une tumeur du sein. Cette femme est mariée, mais n'a pas eu d'enfants.

Début. — Le début de son affection remonte à 6 ans environ. Elle découvrit par hasard à cette époque dans la partie supérieure et externe de la mamelle gauche, une petite grosseur arrondie comme une glande, parfaitement immobile et tout à fait indolente. Cette production, d'abord stationnaire s'accrut ensuite peu à peu, jusqu'au point d'atteindre le volume d'une grosse pomme. Depuis lors, c'est-à-dire depuis deux ans, son développement fut beaucoup plus rapide surtout dans les deux mois qui précédèrent son entrée à l'hôpital. Le sein malade présente alors le volume d'une tête d'adulte, faisant une saillie considérable qui se rétrécit au point où elle repose sur la paroi thoracique. Cet étranglement peu prononcé forme une sorte de pédicule encore très large (33 cm.). Au moment des règles, la tumeur augmente sensiblement de douleur, puis devient douloureuse, le mamelon du côté malade laisse écouler un liquide jaune citrin, peu abondant (une à deux cuillerées à bouche).

Etat actuel. — On constate sur le sein gauche l'existence de deux ulcérations étendues, séparées l'une de l'autre par un pont de tissu resté sain. A travers ces perforations, font saillie des bourgeons grisâtres et sanieux, qui laissent suinter une sérosité roussâtre et fétide ; ces fongosités soulèvent les bords diminués de la peau qui n'a contracté aucune adhérence de telle sorte que le bout d'un stylet peut être promené librement. Le tégument externe est encore soulevé en plusieurs endroits différents par des bosselures arrondies ; à ce niveau existe une coloration bleuâtre de cette membrane qui a conservé cependant sa mobilité.

La tumeur, bien limitée, à contours nets et arrêtés, se déplace rapidement sur les parties profondes. Le mamelon n'est pas retracté. Il n'existe aucun engorgement ganglionnaire. Aspect cachectique et douleurs vives.

Quelques jours avant l'arrivée de cette femme à l'hôpital, une inflammation assez vive s'était développée au niveau des points ulcérés. Les phénomènes devinrent bientôt plus intenses encore ; la fièvre très vive, surtout le soir, l'apparition de quelques frissons déterminèrent une intervention immédiate.

Opération. — L'ablation des parties malades fût facile, par simple décollement ; la malade ne perdit que peu de sang.

Examen. — Les parties enlevées atteignent le poids de 11 livres, et sont entourées d'une sorte de capsule constituée par un tissu cellulaire lâche, filamenteux. A la surface et plus particulièrement du côté de la peau, se montrent des bosselures qui, incisées, donnent issue à un liquide filant, tandis que les parois de ces cavités se montrent hérissées de prolongements en forme de massue. Ces renflements pédiculés dont l'aspect rappelle assez bien les appendices épiploïques du gros intestin tranchent par leur teinte jaunâtre, par leur aspect muqueux, sur la couleur blanchâtre et sur l'apparence fibreuse du reste des tissus malades, différences qui s'accroissent bien davantage encore quand on pratique une coupe de la tumeur.

Examen histologique. — Il montre que la masse de la tumeur est constituée par des travées fibreuses entremêlées de tissu sarcomateux, tandis qu'au niveau des franges jaunâtres se rencontre la structure du myxome. Ces végétations semblent avoir pris naissance dans l'intérieur des conduits galactophores considérablement dilatés.

OBS. III (Résumée). — *Tumeur kystique de la mamelle gauche.* —

HUBERT, *Bull. de la Soc. anat.*, 1873, 5^e s., t. VIII, p. 690.

Marie L..., âgée de 45 ans, entre le 29 septembre dans le service de M. Dolbeau à l'hôpital Beaujon.

Antécédents. — Cette malade a été réglée à 16 ans, et elle l'a été régulièrement jusqu'à ce jour ; mariée à 28 ans, elle a eu 4 enfants, tous encore vivants ; elle n'a allaité que les deux derniers ; le plus jeune a maintenant 10 ans.

Pendant son allaitement les deux mamelons ont été le siège d'exco-riations ; et le sein gauche celui qui est aujourd'hui malade, atteint alors des dimensions beaucoup plus considérables que l'autre, tout en étant indolore.

Il y a 18 mois, la malade découvrit par hasard à la partie inférieure de la mamelle gauche, une induration mobile complètement indolore ; stationnaire pendant 14 mois, cette tumeur devenait plus sensible et

comme turgescente à chaque époque menstruelle. Mais depuis le 22 août dernier, le sein a doublé de volume.

A son entrée à l'hôpital, on constate que la mamelle malade a atteint les dimensions d'une tête de fœtus, et qu'elle a un volume double de celle du côté opposé. La surface offre de nombreuses bosselures de grosseur et de consistance très inégale. Les plus petits sont d'une dureté presque calcaire ; les plus volumineuses au nombre de trois présentent une fluctuation des plus manifestes. La peau, qui a conservé son aspect normal, est parcourue par quelques veines légèrement dilatées et sinueuses.

Elle est mobile sur la tumeur qui l'est elle-même sur les parties profondes. La glande paraît envahie dans sa totalité, et en dehors des bosselures présente une consistance élastique. Absence presque complète de troubles fonctionnels. Le sein peu douloureux à la pression, ne l'est spontanément qu'à l'époque des règles, où la malade ressent des élancements. La pression du mamelon ne fait suinter aucun liquide du côté malade, tandis qu'elle détermine à droite l'écoulement de quelques gouttes d'une sérosité noirâtre. Il n'existe aucun engorgement ganglionnaire.

La malade est opérée le 9 octobre : on pratique une longue incision légèrement curviligne passant au-dessous du mamelon ; la peau est disséquée avec facilité, et la tumeur est détachée facilement des parties profondes. Réunion.

Examen de la tumeur. — La glande est envahie dans sa totalité, et l'affection y est complètement localisée. Au niveau du point correspondant au mamelon, on distingue des canaux galactophores dilatés. Une bougie très fine engagée dans leur orifice, rampe à la surface des larges dilatations kystiques qui les avoisinent, mais se trouve bientôt arrêtée. Une coupe pratiquée vers le milieu de la tumeur, et sur le trajet du plus volumineux de ces kystes, donne issue à environ deux cuillerées à bouche d'un liquide jaunâtre. On arrive ainsi dans une cavité, que sillonnent des brides nombreuses qui la divisent en trois loges principales. La teinte générale du kyste est d'un blanc grisâtre qui tranche nettement sur la coloration rosée et presque normale de la glande qu'il entoure. A ses parois sont appendues des franges chargées de nombreux

grains très variables dans leur volume et leur coloration. Les uns petits et sessiles, les autres volumineux et longuement pédiculés. Leur teinte varie du jaune le plus pâle jusqu'au carmin le plus foncé.

Le kyste paraît d'abord s'arrêter à peu de distance du mamelon, mais en l'explorant attentivement en divers sens on finit par découvrir, caché au milieu de ces villosités, un passage qui permet d'arriver jusqu'à la périphérie de la glande.

La coupe présente donc trois aspects différents. A la périphérie de la glande, un tissu tout à fait analogue à celui de la mamelle. A la partie moyenne existent des dilatations kystiques, enfin, dans les portions centrales, les végétations polypeuses. Ces trois zones si différentes déjà par leur aspect extérieur, le sont encore davantage par leur structure anatomique. En dehors se trouve le tissu glandulaire dont les culs-de-sac ont beaucoup augmenté de volume, en même temps que l'atmosphère celluleuse interposée aux acini a subi de nombreuses modifications. On y trouve par places et inégalement distribués du tissu fibreux, du tissu muqueux et de nombreux éléments embryonnaires. C'est donc à la fois suivant les points où on l'examine, un fibrome, un sarcome ou un myxome. Mais on y rencontre surtout des cellules étoilées et nulle part on ne trouve une vascularisation abondante.

Obs. IV (Résumée). — *Sarcome kystique ulcéré de la mamelle avec dégénérescence muqueuse du tissu.* — LABBÉ ET COYNE, *Traité des tumeurs bénignes du sein*, 1876, p. 340.

Femme de la clientèle de Gosselin.

Antécédents. — Début de la tumeur il y a 14 ans. A cette époque la malade vit apparaître, vers la partie inférieure et externe de la mamelle une petite grosseur lobulée du volume d'une noisette. L'affection resta stationnaire pendant 6 ans; pas d'écoulement par le mamelon. A ce moment elle grossit peu à peu, et quatre ans plus tard elle acquit les dimensions du poing. Du reste elle était toujours indolente, et augmentait d'une façon insensible. Dans les trois dernières années elle s'était accrue notablement, et il y a six mois elle était aussi grosse que les deux poings réunis, lorsqu'elle subit dans son évolution une poussée rapide.

En quelques semaines, elle se développa outre mesure, devint douloureuse, puis finalement s'ulcéra un peu en dehors du mamelon, en donnant lieu à une tumeur fongueuse bourgeonnante de mauvaise apparence.

Un mois auparavant Gosselin, constatant sur quelques points de la fluctuation, avait donné un coup de trocart dans la tumeur et retiré un litre de liquide séreux. Ce liquide n'avait pas tardé à se reproduire.

Absence d'adénite axillaire.

Opération. — Enucléation totale de la tumeur. Il s'est échappé environ un litre de liquide séreux au moment de la section du kyste principal.

Examen de la pièce. — Sur une coupe à l'œil nu on peut distinguer trois substances spéciales : ici ce sont des ilots blanchâtres translucides ; là c'est un tissu mou comme gélatineux ; enfin sur d'autres points on trouve des amas pulpeux et lardacés irrégulièrement distribués.

Les premiers répondent à des culs-de-sac glandulaires hypertrophiés entourés de cellules embryonnaires et de tissu sarcomateux. Les portions molles sont constituées par du myxome vrai.

Dans cette tumeur il existait des grandes cavités kystiques, avec d'énormes végétations intérieures et des ponts formés par le tissu morbide allant d'un point à l'autre, de telle sorte que tout l'intérieur de la tumeur était parcouru par une sorte de vaste système lacunaire, offrant par places des dilatations plus ou moins marquées ; une de ces dilatations contenait une quantité assez considérable de liquide.

Examen microscopique. — Dans les portions qui forment les parois des lacunes, on trouvait deux points dont l'aspect était assez différent. Dans l'un, la surface de section, assez lisse et d'aspect uniforme, était interrompue par places par des cavités kystiques avec végétations intérieures.

Dans l'autre, au contraire, la surface de la coupe présentait comme une sorte de membrane à dessins assez réguliers, et dont la couleur opaque et la forme contournée tranchaient sur les parties interposées. Ces différences extérieures correspondaient à des différences assez notables dans la disposition de l'altération glandulaire.

Dans les deux régions, le tissu interposé aux acini est formée par

des éléments fusiformes arrondis, des éléments fibro-plastiques ; dans la deuxième, l'altération est à son début, les territoires interposés aux parties glandulaires sont peu étendues, tandis que dans la première, l'altération est tellement avancée que les éléments glandulaires sont très écartés les uns des autres.

Dans la région où l'altération est à son premier degré, les éléments fibro-plastiques sont le plus souvent disposés concentriquement à l'élément glandulaire, et forment comme une sorte de tourbillon autour de lui ; mais ils sont encore peu accumulés, peu pressés les uns contre les autres. L'élément glandulaire est agrandi et dilaté, de telle sorte que sa cavité est très visible, et a doublé ou triplé de volume. La membrane limitante a subi peu d'altérations ; l'épithélium intérieur est quadrangulaire et présente des signes d'irritation ; cependant dans le centre des cavités déformées, agrandies, allongées, on retrouve quelques cellules épithéliales desquamées.

Dans la deuxième zone où l'altération est plus avancée les éléments fibro-plastiques sont accumulés les uns contre les autres, et donnent au tissu une certaine opacité ; ils sont parallèles entre eux et forment sur la surface de la coupe des faisceaux remarquables par leur aspect ; en certains endroits on retrouve des points où existent encore des îlots de tissu conjonctif fasciculé, mais qui commencent à être envahis par l'altération sarcomateuse. On voit que cette altération part des cellules plates interposées entre les faisceaux conjonctifs ; ces cellules s'allongent, deviennent fusiformes, se segmentent, prolifèrent et forment à un premier degré des sortes de nids de cellules fusiformes placées entre les faisceaux. A un degré plus avancé de la lésion, la substance des faisceaux disparaît et les éléments fibro-plastiques se placent presque au contact les uns des autres, séparés par une sorte de réticulum grêle, vestige de l'ancienne charpente des faisceaux.

Les éléments glandulaires, très éloignés les uns des autres, donnent naissance à d'immenses lacunes dont quelques-unes contiennent des végétations intérieures à pédicule très large.

La membrane limitante y est un peu plus accusée que dans les points de la tumeur où l'altération est à son début, mais l'épithélium est très peu modifié ; il est quadrangulaire et forme une seule couche appliquée sur la face interne de la membrane limitante.

OBS. V (Résumée). — *Cysto-sarcome du sein*,
DE WEZKY, Thèse de doct., Paris, 1876.

La nommée Louise Faucon, fermière, 57 ans, entre le 30 mars 1873, salle Ste-Jeanne, dans le service de M. Tillaux pour une volumineuse tumeur du sein droit.

Antécédents. — Réglée à 15 ans, elle s'est toujours bien portée ; ménopause à 50 ans. Elle a eu deux enfants, qu'elle n'a pas nourris ; jamais de manifestations du côté des glandes mammaires, ce n'est qu'il y a deux ans qu'elle s'aperçut qu'elle portait au sein droit une tumeur du volume d'une grosse noix.

État actuel. — A l'examen la tumeur comprend 2 parties : un pédicule et une tumeur.

Le pédicule de la tumeur mesure 78 centimètres de circonférence ; son diamètre transversal est de 24.

La tumeur mesure 80 centimètres de circonférence ; relativement à la glande mammaire, la production morbide occupe la région supérieure et externe.

Cette tumeur développée en deux ans, par conséquent très rapidement, présente un aspect inégal, bosselé ; au toucher, elle est dure ; la peau est saine, sauf à la partie externe où elle présente un teint érythémateux qu'on peut attribuer au frottement du bras sur la tumeur. Cette tumeur est mobile sur les parties profondes ; elle n'est nullement douloureuse, ni spontanément, ni à la pression. Elle ne gêne la malade qu'en raison de son volume énorme.

Cette tumeur paraît très vasculaire ; elle est sillonnée de nombreux sinus veineux, creusés dans l'épaisseur de la peau, et la superficie de la tumeur.

Pas de ganglions dans l'aisselle. L'état général de la malade est excellent.

A une légère pression, sur les différentes parties de la tumeur, on sent, à sa partie interne, battre une artère qui paraît avoir le calibre de la radiale.

A la partie externe, au point où la peau est érythémateuse, amincie, on sent deux ou trois bosselures, plus saillantes que toutes les autres ; elles sont ramollies et fluctuantes.

En présence de ces signes, M. Tillaux diagnostique un cysto-sarcome du sein droit.

Opération. — Le 3 juin. Ablation de la tumeur (amputation partielle du sein). Drainage. Réunion.

Guérison après quelques complications infectieuses.

Examen. — A la coupe la tumeur offre tous les caractères du sarcome. Par le raclage pas de suc ; au milieu de la tumeur, on trouve une vaste cavité anfractueuse, dont l'un des prolongements correspond aux bosselures ramollies de la partie externe ; cette cavité contient un liquide louche ; quantité approximative, 200 grammes.

Première récidive. — Le 3 octobre 1874, la malade rentre de nouveau dans le service de M. Tillaux, pour une nouvelle grosseur au sein droit.

Elle raconte ainsi l'histoire de la récidive. Vers le commencement d'avril 1874, c'est-à-dire 9 mois après avoir quitté Paris, elle vit, au niveau de la cicatrice au centre, apparaître une nouvelle tumeur, qui depuis son apparition n'a cessé de croître. Depuis 2 mois surtout son développement paraît avoir été extrêmement rapide, et elle aurait augmentée de plus de moitié dans cet espace de temps.

Actuellement 4 octobre. — On constate une tumeur énorme, qui occupe la partie supérieure et extérieure de la région mammaire droite. Elle commence en haut à 3 travers de doigt au-dessous de la clavicule, et se termine en arrière à 4 centimètres environ au devant de l'angle de l'omoplate droite. La forme de cette production morbide est assez régulièrement arrondie.

La mensuration, pratiquée avec soin, donne les résultats suivants : circonférence à la base : 71 centimètres, diamètre vertical : 20 centimètres ; diamètre transversal 25 centimètres ; diamètre antéro-postérieur 21 centimètres. La peau qui recouvre la tumeur est sillonnée par des veines nombreuses et volumineuses. Cependant vers la périphérie de la tumeur, et sur une zone considérable, elle paraît intacte. Vers le centre on constate une cicatrice linéaire, due à l'incision précédente, et au-dessous de cette cicatrice, deux îlots de tissu cicatriciel. La tumeur offre une consistance dure sur presque toute son étendue, excepté à sa partie supérieure et externe, où l'on perçoit une fluctuation très nette,

due à la présence d'un kyste du volume d'un œuf de poule. La tumeur adhère en outre au grand pectoral.

La mamelle est saine et rejetée en dedans. A part quelques élancements depuis une dizaine de jours, il n'existe pas de douleurs. La tumeur ne semble gêner la malade que par son volume.

L'état général est excellent.

Deuxième opération. — Le 7 octobre, ablation de la tumeur qui pèse 8 livres 1/2.

Réunion par seconde intention.

Sortie de la malade le 3 novembre.

Deuxième récive. — Le 29 février 1876 la malade rentre de nouveau dans le service de M. Tillaux, pour une nouvelle tumeur récidivée à la région mammaire droite.

Le début de cette deuxième récive remonte au mois d'août 1875 ; la tumeur s'est reproduite à la partie supérieure et externe du sein droit. La glande mammaire, encore refoulée, se sent très distinctement à la partie inférieure et interne du néoplasme.

La tumeur s'étend dans le sens vertical, depuis la 3^e côte jusqu'à la 7^e ; dans le sens transversal, on la sent à la 6^e à partir du sternum, jusqu'au bord externe du grand dorsal. Elle mesure dans le sens vertical 14 centimètres, et dans le sens transversal 36 centimètres. Elle adhère au grand pectoral et au grand dorsal.

Troisième opération. — Ablation le 1^{er} mars de la tumeur dont le poids est de 2 kilogrammes. A la coupe on voit quelques petits kystes, séparés les uns des autres par un tissu comme fibreux, blanc et criant sous le scapel. L'examen microscopique constate de plus tous les éléments du sarcome avec les deux espèces de cellules propres à ces néoplasmes.

Drainage. Suture.

Erysipèle et mort le 13 mars.

Obs. VI (Résumée). — *Tumeur fibro-plastique de la région mammaire.*

Ablation. Quatre récives. H. COLSON, Thèse de doct., Paris, 1880, p. 32.

La nommée S... L..., 22 ans, domestique entre à la Charité, le 20 janvier 1866, service de Velpeau.

Etat. — Cette jeune fille porte au sein droit une tumeur dont elle s'est aperçue pour la première fois il y a 4 mois seulement. A ce moment déjà elle avait le volume d'une noix ; aujourd'hui elle a atteint le volume de la tête d'un enfant. A la palpation la tumeur présente une surface inégale, bosselée, et paraît composée de plusieurs lobes réunis en une seule masse ; elle offre dans presque toute son étendue une consistance assez dure et uniforme ; quelques points cependant paraissent plus mous sans être véritablement fluctuants ; peut-être existe-t-il là quelque kyste profond qu'il n'est pas possible de reconnaître nettement. La tumeur est très mobile sur les parois latérales de la poitrine, très distincte de la glande mammaire, non adhérente ni aux muscles ni à la peau ; celle-ci est amincie surtout au niveau des bosselures. Il n'y a aucune douleur, ni spontanée, ni provoquée, pas d'engorgement ganglionnaire ; constitution robuste, santé parfaite.

Opération. — Ablation par le bistouri le 23 janvier. L'opération est des plus simples ; une fois la peau incisée, la tumeur s'énuclée comme un noyau : elle n'avait aucune adhérence aux parties voisines. Les bords de la plaie sont réunis par une suture entortillée.

Examen de la tumeur. — La tumeur pèse 800 grammes ; à la coupe elle présente un aspect granulé. Son tissu est parsemé de petites vacuoles dont les parois sont recouvertes de villosités. A un faible grossissement, ces villosités ressemblent à des culs-de-sac glandulaires, mais un grossissement plus fort permet de constater qu'elles ne sont composées que d'éléments fibro-plastiques. On n'obtient pas de suc par le raclage. La tumeur examinée dans ses différents points se trouve constituée uniquement par du tissu fibro-plastique ; elle contient une grande quantité de noyaux et de cellules embryo-plastiques et seulement quelques fibres fusiformes. De çà et de là on rencontre quelques cellules adipeuses. Dans aucune de ses parties on n'observe de culs-de-sacs glandulaires.

Suites opératoires. — Erysipèle, réunion secondaire.

Récidive. — Le 24 octobre 1866, la jeune fille rentre à l'hôpital pour une nouvelle tumeur qui s'est reproduite dans le même sein droit. Le sein est envahi par une tumeur du volume d'une tête de fœtus à terme. A la vue cette masse morbide paraît formée de deux bosselures séparées

par un sillon légèrement déprimé. Sur la peau on aperçoit une cicatrice d'une longueur de 22 centimètres, courbe à concavité supérieure et externe ; au-dessous d'elle se trouve le mamelon qui a été épargné lors de la première opération. L'une des bosselures est située tout entière au-dessus de la cicatrice ; l'autre en partie au-dessus, en partie au-dessous. La peau est saine, légèrement distendue, avec sa coloration normale ; elle n'adhère pas à la tumeur et glisse facilement sur elle-même au niveau de la cicatrice. A la palpation on sent une masse dont la surface est irrégulière, bosselée, d'une consistance un peu élastique, sans dureté fibreuse, elle est formée de deux lobes principaux ; l'un du volume d'un œuf de dinde est supéro-interne, l'autre plus volumineux est inféro-externe. Ces deux lobes sont tout à fait indépendants ; le mouvement imprimé à l'un ne se communique pas à l'autre ; ils sont séparés antérieurement par le petit sillon que nous avons dit exister sur la peau. Le lobe supérieur est d'égale consistance dans toute son étendue, l'inférieur présente en haut et en dehors un point manifestement fluctuant, comme si à ce niveau il existait un kyste. La tumeur tout entière se meut librement sur les parties sous-jacentes ; elle semble complètement indépendante de la portion de la glande qui reste encore au niveau du mamelon. Pas de douleurs, pas d'engorgement ganglionnaire, le mamelon est normal, non rétracté ; bon état général, règles régulières. Le début de la tumeur paraît remonter au milieu d'août ; celle-ci siégeait alors à la partie supérieure de la région mammaire ; il y a six semaines seulement que la tumeur inférieure est apparue ; son développement a donc été rapide, mais sans douleurs, ni élancements.

Opération le 27 octobre. — Ablation par Velpeau de la plus grande partie de la glande mammaire ; le mamelon est de nouveau respecté ; il n'y a aucune adhérence avec les parties profondes.

Examen de la tumeur. — La tumeur pèse 500 grammes. Dans son ensemble elle offre l'aspect d'un ovoïde dont le grand diamètre avait 16 centimètres et le petit 7 seulement. Elle est formée de deux lobes principaux nettement séparés par un tissu cellulo-graisseux ; chacun d'eux est entouré d'une enveloppe membraneuse, sur une coupe faite parallèlement à son grand diamètre la tumeur présente une apparence lobulée. Le lobe supérieur se divise en deux lobes secondaires d'une

coloration jaunâtre, analogue à celle des caillots fibrineux qui se forment dans le cœur après la mort ; sa consistance est charnue ; il se laisse sans grands efforts pénétrer par les doigts. Sur la surface de la coupe, on voit de petits points rouges qui correspondent à autant de vaisseaux sectionnés, la vascularité est d'ailleurs médiocre. Le second lobe ou lobe inférieur est séparé par des cloisons en trois lobules secondaires ; son tissu a la coloration et la consistance que nous avons décrites pour le précédent. C'est dans un de ces lobules que se trouve le kyste que nous avons constaté avant l'opération ; il a le volume d'un marron, ses parois sont un peu irrégulières et anfractueuses. Il contient un liquide séro-sanguinolent et sa cavité est remplie d'une substance gélatiniforme ; dans un point la paroi est colorée en rouge par du sang extravasé. Enfin au centre d'un autre lobule, vacuoles du volume d'un grain de millet à un grain de chenevis. Toute la tumeur est d'ailleurs parsemée d'un nombre considérable de petits kystes contenant un liquide de consistance gommeuse, se coagulant par l'acide azotique, et ne produisant aucun précipité avec l'acide acétique ; c'est donc une substance albumineuse. Suc gélatineux au raclage.

Examen microscopique. — On trouve un grand nombre d'éléments embryoplastiques de formes très variées, des noyaux arrondis, d'autres allongés et commençant à se diviser ; dans quelques points on voit des cellules granuleuses et graisseuses.

Le 26 octobre la malade sort guérie. Elle eut encore deux récides, puis retournant dans son pays, elle se mit entre les mains d'un empirique puis succomba.

OBS. VII (Résumée). — *Sarcome kystique du sein droit.* — *Ablation.* — *Guérison.* — PÉAN, *Leçons de clinique chirurgicale*, 1882, t. III, p. 727.

Andrieu Anaïs, 38 ans, couturière, entre le 6 avril 1876, salle Ste-Marthe, n° 42.

Antécédents. — Réglée à 16 ans, menstruation régulière. Multipare. De 17 à 25 ans chloro-anémie. Ictère. Pas d'antécédents d'autre nature. Il y a 2 ans, sans causes connues elle vit apparaître, en dedans du mamelon droit, une tumeur du volume d'une noisette, dure, indolente, qui

resta stationnaire pendant un an. Depuis elle a grossi plus rapidement en devenant le siège de picotements. En octobre dernier fracture de jambe ; après la consolidation la malade marche avec des béquilles. C'est surtout à partir de cet accident que les douleurs du sein sont devenues plus vives et plus fréquentes.

Etat actuel. — Nous trouvons dans la moitié supérieure du sein droit surtout dans la portion interne, une tumeur du volume du poing ; la peau qui la recouvre semble amincie, distendue plutôt que confondue avec elle, on voit ramper dans son épaisseur des capillaires bleuâtres dilatés. Pas de trace d'œdème inflammatoire dans le voisinage, pas d'ulcération. Le mamelon est semblable à celui du côté sain et n'a subi ni rétraction, ni aplatissement. Au toucher on reconnaît que la tumeur présente des bosselures de la grosseur de châtaignes, de consistance solide très homogène et séparées par des sillons peu marqués ; ces bosselures sont elles-mêmes composées de saillies plus petites, comparables par leur forme et leur volume à celles du chou-fleur. Elles ressemblent à celles qu'on voit sur l'enchondrome, mais sont moins élastiques et moins accusées. Elles semblent reliées entre elles à la surface par une sorte de capsule fibreuse. Les adhérences avec la peau sont très nombreuses et semblent formées par des prolongements émanés de la masse morbide, comme cela s'observe dans le carcinome. La tumeur siège dans la mamelle et ne semble pas avoir de rapports avec le muscle grand pectoral. Si on fixe celui-ci, il est facile de faire mouvoir la tumeur à sa surface ; nous ne trouvons pas cependant la mobilité des fibromes ou des fibro-adénomes. La consistance totale de la tumeur est celle du tissu lardacé, il n'existe en aucun point de fluctuation partielle comme dans certaines tumeurs adéno-kystiques. Cette consistance spéciale ainsi que les adhérences de la peau nous font pencher vers une variété de squirrhe, bien que nous n'observions encore ni la rétraction du mamelon, ni l'engorgement ganglionnaire.

Opération le 21 avril. — L'opération montre que la tumeur est indépendante, assez bien circonscrite, au milieu du tissu mammaire resté sain ; qu'elle s'était développée au centre de la mamelle elle-même ; qu'elle est entourée par une sorte de capsule fibreuse, mais lâche et moins distincte cependant que certains adénomes au début. A la coupe

de la tumeur nous trouvâmes qu'elle était constituée par un tissu sarcomateux et composée de lobes distincts, revêtant l'aspect d'acini hypertrophiés et disposés en grappes. Les deux tiers de la tumeur baignaient dans une cavité kystique, qui paraissait constituée par des canaux galactophores dilatés. Cette cavité contenait deux cuillerées d'un liquide séro-sanguin, couleur café au lait. Les tissus d'ailleurs étaient très vasculaires à la coupe, grenus jaune-grisâtre, plutôt que roses. La peau revenue sur elle-même n'était pas sensiblement adhérente, il n'y avait pas non plus d'adhérence entre le tissu glandulaire et les muscles pectoraux. Mais en plusieurs points la tumeur se confondait avec le tissu de la mamelle, qui, bien que restée saine, avait pris au lieu de sa teinte blanchâtre normale, une teinte plus jaunâtre.

Sutures. Drainage.

Réunion par première intention.

Guérison et sortie le 10 mai.

Obs. VIII (Résumé). — *Sarcome kystique du sein. — Ablation. — Guérison.* — PÉAN, *Leçons de clinique chirurgicale*, 1887, t. V, p. 1073.

Brunet Marie, 23 ans, modiste, entre le 15 juillet 1881, salle Ste-Marthe n° 40.

Antécédents. — Santé délicate pendant l'enfance. Pas d'hérédité. Pas d'enfant, pas de fausse couche. Réglée à 14 ans. A 17 ans elle a eu au sein droit une tumeur qui a été enlevée par M. Guyon.

Il y a 2 ans, elle a senti dans le sein gauche une tumeur dure, indolente, qui s'est accrue très lentement. Son état général est toujours resté bon et elle n'a ressenti par suite de sa tumeur que quelques petits élancements. Il n'y a jamais eu aucun écoulement par le mamelon.

État actuel. — Au sein gauche on constate l'existence d'une tumeur du volume d'un œuf, mobile sur la peau, et profondément située en dehors du mamelon. Au-dessus de cette masse principale existe un petit noyau dur, mobile, du volume d'une noisette. Rien dans l'aisselle.

30 juillet. — Chloroforme, à l'aide d'une incision oblique en bas et en dehors, nous enlevons la tumeur et une partie du tissu glandulaire voisin. Il n'y a pas de perte de substance à la peau. Sutures. Drain à l'angle inférieur de la peau. Pansement phéniqué.

25 août. — Guérison. Départ de la malade pour le Vésinet.

Examen. — La coupe de la tumeur montrait qu'on avait affaire à un sarcome kystique.

Obs. IX (Résumée). — *Sarcome kystique du sein gauche.* — *Ablation par le bistouri.* — *Guérison.* — PÉAN, *Leçons de clinique chirurgicale*, 1887, t. V, p. 1072.

Leroux Marie, 66 ans, lingère, entre le 27 février 1882, salle Ste-Marthe, n° 50.

Antécédents. — Scarlatine à 22 ans. Malade arthritique, névropathe et un peu hypochondriaque. Réglée à 12 ans, trois enfants, et après sa dernière grossesse quelques douleurs dans le bas-ventre, sans fièvre, ni vomissements. Ménopause à 54 ans. Emphysème pulmonaire. En 1880, hémorrhagies nasales pendant une huitaine de jours, rien au cœur.

Il y a 4 ans qu'est apparue sur le sein droit, à la partie supérieure et externe, une petite grosseur qui a augmenté progressivement. Depuis 3 ans, chaque jour, quelques gouttes de sang suintaient par le mamelon; d'abord pur, ce sang s'est mélangé ensuite de sérosité. Du côté gauche, ce phénomène n'a été observé que d'une façon tout à fait passagère. Depuis un an, le sein malade est un peu douloureux, et la malade éprouve des sensations qu'elle compare à des picotements d'aiguille. Il y a 15 jours qu'il s'est fait une ulcération spontanée laissant couler de la sérosité sanguinolente.

Etat actuel. — La peau est rouge, adhérente, et sillonnée de grosses veines, surtout à la partie supérieure. La tumeur qui a le volume d'une tête de fœtus, est lourde, pendante, sans adhérences profondes. Le mamelon est rétracté, il n'y a pas de ganglions axillaires : deux ulcérations cutanées laissent couler du pus sanieux. L'appétit est conservé : pas d'amaigrissement. Rien dans les urines.

9 mars. — La tumeur est enlevée. Drainage. Sutures. Pansement phéniqué.

15. — Réunion par première intention.

3 avril. — Exéat.

A la coupe. — L'aspect du sarcome avec plusieurs kystes assez volumineux contenant un liquide brunâtre.

Obs. X (Résumée). — *Volumineux sarcome kystique du sein droit.* — *Ablation totale du sein par transfixion.* — *Réunion.* — *Drainage.* — *Guérison après suppuration modérée par le drain.* — PÉAN, *Leçons de clinique chirurgicale*, 1888, t. VI, p. 1000.

Villadier Alexandrine, 45 ans, ménagère, entre le 26 janvier 1883, salle Ste Marthe, n° 56 bis.

Antécédents. — Pas d'hérédité. Pas d'antécédents scrofuleux, tuberculeux ou syphilitiques. Bonne santé habituelle. Il y a 3 ans, le sein droit devint le siège d'une tumeur qui s'est développée rapidement et progressivement sans déterminer de douleurs.

Depuis quelque temps, le volume et le poids de la masse morbide gément considérablement la malade.

Etat actuel. — Sein droit assez régulièrement hémisphérique, offrant le volume d'une tête d'enfant nouveau-né, volume double de celui du sein gauche. L'accroissement porte sur tous les diamètres de la glande qui paraît hypertrophiée uniformément. Surface lisse, unie, convexe, sans bosselures apparentes. Mamelon étalé, moins volumineux que celui du sein gauche, mais non rétracté. La peau amincie et tendue, laisse voir, par transparence, un grand nombre de veines superficielles dilatées et bleuâtres qui rayonnent dans tous les sens ; elle est plutôt pâle que congestionnée. En aucun point elle ne prend, lorsqu'on la plisse, les caractères de la peau d'orange. Elle paraît saine sauf en un point situé en dedans et au-dessus du mamelon où dans l'étendue de 3 centimètres carrés, elle offre une teinte violacée et une distension qui en fait craindre la rupture.

Au toucher la tumeur est dure, résistante dans toute son étendue, elle offre la consistance de certains sarcomes ou des tumeurs adénoïdes de Velpeau. Aucun point ramolli ou fluctuant appréciable ; elle est mobile en masse à la surface du grand pectoral.

Rien dans les ganglions axillaires. Léger écoulement de sang par le mamelon à différentes reprises. Quelques élancements passagers. Intégrité des viscères thoraciques abdominaux. Etat général satisfaisant.

Nous portons le diagnostic sarcome et bien qu'il n'y ait pas de fluctuation, nous annonçons qu'il pourrait bien exister des kystes profonds dans l'épaisseur de la tumeur.

3 février. — Chloroforme. Nous nous proposons de transfixer la tumeur avec un long couteau à amputation, mais à peine avons-nous enfoncé la pointe de l'instrument de quelques centimètres à la base de la tumeur que nous voyons jaillir un flot de liquide, fortement coloré par le sang et très chargé de cristaux de cholestérine ; la couleur et l'aspect de ce liquide sont ceux d'une infusion concentrée de café. Nous en recueillons un litre et demi. Transfixion consécutive de la poche et dissection suivie d'ablation de chaque moitié de la tumeur.

Drainage. Sutures et pansement.

Guérison le 15 février. Sortie de la malade.

Examen anatomique. — L'examen de la tumeur montre qu'elle se composait d'un kyste central enveloppé partout de tissu sarcomateux embryoplastique, reconnaissable à sa consistance charnue, et à sa coloration blanchâtre par places, rosée dans d'autres points. La paroi du kyste est hérissée de végétations papilliformes qui faisaient saillie dans la cavité kystique.

L'examen histologique fait par M. Robin a démontré un adéno-sarcome kystique. Parties dures et bourgeons constitués par du tissu mammaire à la fois hypertrophié et hypergénétique. Ces bourgeons sont constitués par des ramifications glandulaires extrêmement nombreuses. Dans les intervalles qui les séparent, apparence myxo-sarcomateuse du tissu conjonctif avec état embryonnaire des vaisseaux. Dans la graisse avoisinant les parois du kyste, on trouve de petits nodules reproduisant les mêmes altérations. Le tissu conjonctif du voisinage est constitué par des cellules fusiformes, fasciculées.

Obs. XI (Résumée). — *Sarcome kystique du sein droit.* — *Opération.* — *Guérison.* — PÉAN, *Leçons de clinique chirurgicale*, 1890, t. VII, p. 84.

Joseph (Ectasie), 51 ans, ménagère, entre le 3 novembre 1885, salle Denonvilliers, n° 49.

Père mort d'un cancer de l'estomac. A eu trois enfants, en a nourri

un. Pas de traumatisme ni de syphilis. Il y a environ 8 ans s'aperçut par hasard qu'elle portait à la partie supérieure et externe du sein droit une petite tumeur, glande dure, non douloureuse ni à la pression ni spontanément, du volume d'une noisette. Cette petite tumeur se développa lentement au début, et ce n'est que depuis un an et demi que son développement est rapide, et atteint aujourd'hui le volume qu'on lui voit. Les douleurs dans le sein n'existent que depuis quelques mois et les ganglions axillaires depuis deux ans.

Etat actuel. — Sein droit trois fois plus volumineux que le gauche. Tumeur dure, aplatie, du volume du poing, à sa partie supéro-externe avec adhérence de la peau. Le reste de la glande mammaire est très volumineux, moins dur et légèrement bosselé; mamelon rétracté, non déformé, ne donnant issue à aucun liquide. Quelques ganglions axillaires. Etat général bon. Rien au cœur ni aux poumons: foie normal, urines sans albumine ni sucre.

1^{er} décembre. — Chloroforme. Deux incisions obliques comprenant toute l'étendue du sein, avec prolongement vers l'aisselle. Ablation de la partie dure de la tumeur, puis de tout le sein en conservant la peau saine qui recouvre la partie inférieure de la mamelle. Ablation des ganglions axillaires du volume d'une petite orange, par enucléation avec les doigts. Lavage au sublimé au millième. Drainage à la partie déclive. Sutures profondes et sutures superficielles. Pansement iodoformé et gaze au sublimé; compression. Nouveau pansement huit jours après. Réunion complète par première intention. Ablation du drain et points de suture.

Sortie le 25 décembre 1885; la guérison a été retardée par une amygdalite *a frigore*.

L'examen histologique a démontré que la tumeur était un sarcome kystique.

OBS. XII (Résumée). — *Sarcome kystique du sein.* — *Ablation.* — *Guérison.* — PÉAN, *Leçons de clinique chirurgicale*, 1890., t. VII, p. 872.

Lacôte Marie, 39 ans, tailleuse, entre le 15 mai 1885, salle Denonvilliers, n° 48.

Antécédents. — Pas d'antécédents héréditaires ; coup violent sur le sein à l'âge de 20 ans ; a eu quatre enfants qu'elle a nourri. Depuis 6 mois, quelques élancements dans le sein droit ; il y a une quinzaine de jours, douleurs plus vives ; elle s'aperçut alors de la présence d'une tumeur. Amaigrissement.

État actuel. — Deux tumeurs ; l'une du volume d'une mandarine située à la partie supéro-interne de la glande ; l'autre grosse comme un petit œuf de poule, en dehors du mamelon. Elles sont dures, adhérentes ni à la peau, ni aux parties profondes, non douloureuses à la pression. La peau du sein est zébrée de veines. Sur les confins de la glande, vers l'aisselle, petites nodosités très dures.

16 mai. — Anesthésie. Ablation de la tumeur. Drainage. Sutures. Pansement à l'iodoforme.

20. — Deuxième pansement ; un peu de rétention de pus, fièvre hier soir de 38°. Drainage.

4 juin. — Guérison et sortie de l'hôpital.

L'examen histologique a montré qu'il s'agissait d'un sarcome avec petits kystes à contenu purulent.

OBS. XIII (Résumée). — *Cysto-sarcome du sein.* — Ablation. — Guérison. — PÉAN, *Leçons de clinique chirurgicale*, 1890, t. VII, p. 872.

Vernanda Louise, 70 ans, entrée le 10 décembre 1886, salle Denonvilliers, n° 47.

Antécédents. — Rien dans les antécédents héréditaires. Bonne santé. Il y a 4 mois environ, après un coup sur la région mammaire, développement d'une tumeur dans le sein : de temps à autre, élancements, pesanteur dans la région, mais jamais de douleurs très vives. Par le mamelon y a eu un peu d'écoulement de liquide séro-sanguinolent, et cet écoulement a augmenté depuis un mois.

État actuel. — La glande mammaire tout entière est très dure, le mamelon est rétracté, la peau adhérente en ce point présente les caractères d'une peau d'orange. Profondément la tumeur n'adhère pas au grand pectoral.

12 décembre. — Chloroformisation. Ablation complète de la glande

mammaire : pas de ganglions sous le grand pectoral ni dans le creux axillaire. Deux ligatures au catgut. Sutures profondes et superficielles. Drain et pansement iodoformé et sublimé.

14. — Le pansement est enlevé.

15. — Exéat, guérison.

18. — Réunion complète.

Obs. XIV (Résumée). — *Sarcome encéphaloïde du sein. — Ablation. — Guérison.* — PÉAN, *Leçons de clinique chirurgicale*, 1890, t. VII, p. 882.

Mme G. 45 ans, 6 février 1886.

Antécédents. — Pas d'enfants, douleurs dans le sein depuis 6 mois, accrues depuis 15 jours.

État actuel. — Induration suspecte de la moitié latérale droite du sein qui a pris des caractères inflammatoires depuis 8 jours.

Large ablation du sein. — Guérison.

Examen macroscopique. — On constate à l'œil nu dans le sein, une cavité dont la surface est hémorrhagique et ecchymosée plutôt qu'infiltrée de pus. La partie enlevée ne présente pas l'aspect d'une tumeur en masse de la mamelle ; on y voit de gros lobules de graisse séparés par des tractus blanchâtres, mais les ilots adipeux sont un peu plus fermes qu'à l'état normal, et les tractus fibreux contiennent un peu de liquide trouble. Le muscle pectoral dont une partie a été enlevée possède une couleur rosée ou grisâtre qui est également anormale et qui correspond à une lésion, comme nous le verrons bientôt. De plus en sectionnant la tumeur en différents sens, on trouve deux petites masses, de la grosseur d'une petite noisette, formées par un tissu gris-rosé donnant un suc blanc-rosé par le grattage avec la lame d'un scalpel. La peau n'est pas épaissie, ni manifestement adhérente aux plans profonds.

Examen histologique. — Le liquide gris ou gris rosé, raclé sur de petites productions néoplasiques précédentes, examiné au microscope contient des cellules rondes, les unes du diamètre des globules blancs du sang, les autres plus volumineuses, mais toujours sphériques et

n'ayant nullement la forme épithéliale des cellules du carcinome. Certaines d'entre elles sont en dégénérescence graisseuse.

Lorsqu'on examine le liquide raclé à la surface de section du muscle grand pectoral, on obtient les mêmes cellules rondes de volume inégal, en même temps que des fragments de faisceaux musculaires primitifs. Sur les sections examinées près de la surface de la poche, de la cavité anfractueuse et hémorrhagique, on trouve des vaisseaux pleins de globules rouges du sang, ou de globules blancs, et un tissu fibreux infiltré de petites cellules rondes du volume des globules blancs. Ces éléments épanchés en grand nombre écartent les faisceaux du tissu conjonctif les uns contre les autres. Des vaisseaux présentent des parois embryonnaires. Plus profondément on trouve du tissu adipeux qui est également envahi par de petites cellules rondes. Ces dernières s'accumulent en grande quantité dans le tissu conjonctif, qui sépare les cellules adipeuses, elles pénètrent aussi dans la cellule adipeuse et forment dans son intérieur des nids de petites cellules qui chassent et absorbent les gouttelettes adipeuses. La plus grande accumulation des cellules rondes s'observe dans les travées du tissu conjonctif, qui séparent les groupes de cellules adipeuses. Sous les sections de certaines travées fibreuses on trouve des canaux galactophores de petit volume, et des acini glandulaires isolés ou groupés. Ces parties appartenant à la glande mammaire ne paraissent pas notablement modifiées. Certains canaux contiennent seulement un plus grand nombre de cellules qu'à l'état normal et ces cellules épithéliales sont petites.

Autour des canaux glandulaires et des acini, on constate la même accumulation de petites cellules rondes que dans le tissu conjonctif et que dans le tissu adipeux. Enfin d'autres sections ont porté sur les muscles qui étaient non seulement infiltrés par les cellules rondes, mais dont les faisceaux primitifs étaient partiellement mortifiés, en dégénérescence cireuse et avaient perdu leur striation.

Il s'agit ici en somme d'un sarcome encéphaloïde, sarcome enflammé à évolution multiple.

OBS XV (Résumée). — *Sarcome du sein.* — TILLAUX, *Méd. moderne*, 1894, t. V, p. 1557.

Femme, 60 ans.

Antécédents. — Mère morte à 60 ans d'une maladie inconnue ; père mort de tuberculose pulmonaire à peu près au même âge. Ils avaient eu 14 enfants. Dix sœurs sont mortes en bas-âge, une sœur est morte de la poitrine à 28 ans, une autre de pneumonie à 42 ans ; celle-ci avait une tumeur du sein. Un frère vit encore et est bien portant.

La malade n'a jamais présenté rien de particulier ; toujours bonne santé. Il y a quelques mois elle s'aperçut par hasard d'une petite tumeur au sein droit ; traitement ioduré sans effet. Enfin il y a six semaines, une poussée brusque survint qui la fit augmenter du double ; elle devint alors douloureuse.

La mamelle est volumineuse et par son poids a amené un érythème intertrigo à la peau de la partie inférieure du sein, dont la malade se plaint vivement. A la partie inférieure et interne de la mamelle, on observe une tumeur saillante faisant un fort relief sous la peau. Elle n'est point confinée dans la glande. Elle a le volume d'un poing d'adulte. Quelques veines bleuâtres parcourent la peau, celle-ci a un peu changé de couleur et est rosée.

Le mamelon est absolument normal.

Il a le même aspect, la même forme, offre la même saillie que son opposé du côté sain.

A l'œil la tumeur paraît légèrement inégale. Si on cherche les caractères de la peau à sa face profonde on observe que celle-ci est adhérente surtout en bas où existe un peu d'œdème. Or on voit que l'adhérence de la peau, dans les tumeurs de la mamelle joue un rôle diagnostique et pronostique des plus importants.

Si on repousse en totalité la tumeur en haut et en dedans, on voit un pli se produire sur la peau. Mais cette adhérence à la peau ne ressemble ni à celle par bride ni à la peau d'orange. Ici la peau adhère par toute sa face profonde. Elle est collée et fusionnée avec la tumeur. C'est ce qui arrive dans tous les abcès au moment où ceux-ci vont s'ouvrir au dehors. Cette adhérence se fait en surface sur toutes les parties de la peau. Cette variété tend à la perforation spontanée de la peau.

La tumeur est fluctuante dans une grande partie de son étendue. Cette fluctuation existe surtout dans la partie inférieure, là où s'observe l'œdème. La tumeur est dure au contraire à la partie supérieure. Dans cette tumeur on observe donc deux régions, l'une fluctuante, bosselée, et un point induré et solide.

La tumeur n'offre aucune adhérence avec le muscle grand pectoral. Elle est indépendante du tissu mammaire, et appartient au groupe des tumeurs encapsulées. Je sens la tumeur basculer, mais il faut avoir quelque habitude, c'est une question de doigt. Priant un aide de fixer la glande mammaire avec la main, j'imprime des mouvements à la tumeur. Je reconnais ainsi qu'elle est mobile, se soulève alors que l'aide ne sent aucunement la glande se mouvoir. Entre la tumeur et la glande existe de plus une ligne de démarcation. J'estime donc que cette tumeur est encapsulée.

Il n'y a dans l'aisselle pas trace de ganglions.

L'état général est très bon ; tous les viscères sont sains. A part la légère douleur, il n'y a rien de spécial à noter.

Diagnostic. — Cette femme aurait-elle un abcès ? S'agirait-il d'une mammite chronique ? La fluctuation s'est développée rapidement, il existe un peu d'œdème, il y a une légère douleur, enfin la peau est un peu colorée dans sa partie inférieure. Mais les signes ne sont pas en rapport avec cette hypothèse. S'il s'agissait d'un abcès, on ne pourrait mobiliser la tumeur. Elle ferait corps avec le sein. Et puis cette tumeur présente des consistances très différentes, suivant les points elle est dure supérieurement. Un abcès ferait une moindre saillie sous la peau. La malade n'a pas souffert au début, elle ne souffre que depuis trois semaines. Ce ne sont ni la marche, ni les symptômes d'un abcès.

Il s'agit donc d'un néoplasme. Est-ce un cancer ? Quelle qu'en soit la nature, l'indication thérapeutique serait la même. Est-ce un épithéliome, un carcinoïde ou une tumeur du groupe des sarcomes ?

Il ne s'agit que d'un sarcome, un sarcome pur. On peut avoir dans l'intérieur du sein des tumeurs multiples, des adénomes, qui au bout de plusieurs années, se transformeraient en sarcome. Ce n'est pas de cela qu'il s'agit, mais d'un sarcome primitif de la glande mammaire, probablement un sarcome embryonnaire du sein. Nous en trouvons

tous les caractères dans cette tumeur bien limitée, légèrement bosselée, fluctuante et kystique ; cystosarcome probable.

Nous avons l'intégrité de la mamelle qui constitue un signe de premier ordre comme diagnostic différentiel entre le sarcome et le cancer. Les canaux galactophores sont intacts, non attirés, et n'ont pas amené de rétraction du mamelon, comme il arrive dans le cancer. Cette femme a donc une tumeur faisant saillie au dehors, bien limitée, avec intégrité du mamelon et intégrité absolue du système ganglionnaire ; je trouve tous les caractères du sarcome. Il y a adhérence de la peau en totalité comme dans les abcès. Enfin la tumeur est indépendante de la glande. Je ne peux donc conclure à un autre diagnostic que celui du sarcome.

S'il n'y a pas d'illusion de ma part, on ne peut expliquer autrement l'absence de ganglions dans l'aisselle et la non rétraction du mamelon. Mais il reste à expliquer les sensations douloureuses et l'œdème léger. On doit poser le diagnostic de cysto-sarcome avec un peu d'inflammation à la partie inférieure.

Opération. — Ablation totale de la glande en raison de l'âge de la malade.

OBS. XVI (Résumée). — *Cysto-sarcome hématoïde du sein.* — P. MERMET, *Soc. anat.*, 1895, 5^e série, t. IX, p. 348.

La nommée Augustine D..., âgée de 52 ans, blanchisseuse, entre le 18 octobre 1894, à l'hôpital St-Louis, salle Gosselin, n° 17, dans le service de M. Marchand, pour se faire opérer d'une volumineuse tumeur du sein droit.

Antécédents. — Pas d'antécédents cancéreux : père mort de pneumonie, mère morte à un âge très avancé. Un frère mort de tuberculose pulmonaire, une sœur morte de carcinome utérin. Pas ou presque pas d'antécédents personnels ; il y a 30 ans un enfant avec éclampsie au moment du travail ; de plus il y a 6 ans laryngite de 1 mois de durée. La constitution est forte ; obésité marquée.

Début. — Vers la fin de juillet 1894, la malade s'aperçut que le sein droit augmentait de volume tout en restant indolore. Le sein qui jusque-là avait été souple et ferme, présente à cette époque, au niveau de la partie externe du mamelon, une tuméfaction limitée du volume d'un œuf de poule.

Pendant le mois d'août, la tumeur augmente progressivement et ne gêne le malade que par son poids.

Au commencement de septembre, elle acquiert tout d'un coup un volume plus considérable, à peu près celui qu'elle offre aujourd'hui et cela à l'occasion d'un traumatisme de la région mammaire droite. Ce traumatisme fut, paraît-il, assez violent puisqu'il survint quelques jours après une ecchymose dans la région atteinte.

Actuellement. — Cette femme se présente avec une tuméfaction énorme de la région mammaire.

A l'inspection, on voit que la mamelle a conservé sa forme habituelle ; son volume toutefois est notablement augmenté, car elle a contrairement à la gauche, le volume d'une tête d'enfant de deux ans. La peau présente à ce niveau, et surtout en dedans et en dehors de l'aréole, une vascularisation très accentuée. Il existe de chaque côté du mamelon un réseau veineux sous-cutané, très développé qui s'étend jusque du côté de la région axillaire. Le mamelon est légèrement rétracté à droite.

A la palpation, on sent au niveau de la partie externe et inférieure de la région mammaire droite une induration du volume d'un gros œuf de poule, profondément située dans la région, à la face postérieure de la glande, mobile sur les parties sous-jacentes, recouverte par une portion de mamelle et la peau non adhérente. A la partie supérieure de la région, on éprouve une consistance différente ; il existe là une élasticité, une fluctuation un peu douteuse, qui donnent l'impression d'une poche très tendue remplie d'un liquide épais. Cette poche présente à son pourtour des bosselures, des inégalités qui sont difficilement appréciables surtout en avant et en bas, et qui tendent à se confondre avec les lobules subsistants de la glande. Il n'existe point de ganglions dans l'aisselle correspondante.

La tumeur n'est pas douloureuse par elle-même ; elle n'occasionne qu'une certaine gêne en raison de son volume ; elle effraye le malade plutôt par son développement rapide que par ses symptômes fonctionnels.

L'état général est bon ; pas d'amaigrissement.

Opération. — Le diagnostic de sarcome kystique du sein est porté. L'opération est faite le 20 octobre. Ablation ; réunion par première intention.

Examen macroscopique. — On peut considérer 3 portions à la partie enlevée :

1^o La glande mammaire est repoussée en avant par la tumeur et le kyste ; elle est aplatie et étalée en forme de gâteau à la face profonde de la peau.

2^o La tumeur est située à la partie externe et inférieure de la glande ; c'est elle qu'on sentait si nettement à la palpation dans le segment externe de la mamelle. Elle est du volume d'un gros œuf de poule, arrondie, sans bosselures. La surface externe est entourée en dehors d'une capsule d'enveloppe, épaisse de 2 à 3 millimètres ; en dedans et en haut au contraire cette capsule paraît rompue et envahie par le néoplasme. La coupe de la tumeur présente une coloration blanchâtre, un aspect lisse, uni, une consistance molle ; le néoplasme donne en un mot l'impression typique d'une masse sarcomateuse. Le côté externe de cette masse baigne en plein kyste ; sa face antérieure se continue avec le reste de la glande mammaire ; sa face postérieure répond à l'aponévrose pectorale adhérente.

3^o Le kyste annexé à la tumeur présente des caractères importants. Il occupe surtout le segment supérieur de la région mammaire droite, mais s'étend sous la plus grande partie de la face profonde de la glande. Son volume est égal à celui du poing. Sa forme est à peu près sphérique ; il n'est point cloisonné. Il répond par son côté inférieur et externe à la tumeur et ses parois se continuent en ce point avec le tissu néoplasique même ; par en haut il est libre et plonge dans le tissu cellulo-graisseux péri-mammaire ; en arrière il répond à l'aponévrose du grand pectoral intimement adhérente à sa paroi. Son contenu, d'un demi litre, est un liquide brunâtre, poisseux, en grumeaux, analogue au liquide d'une vieille hématocele vaginale. Les parois dont la couleur est brun-rougeâtre dans les parties déclives présentent au contraire un aspect blanc-jaunâtre dans les parties supérieures ; il semble que le sang ait teinté fortement les parois au niveau des points déclives. A la partie inférieure et antérieure de la poche, la paroi est recouverte de végétations : les unes mollasses, sont brun-noirâtre et s'effritent sous le doigt ; d'autres sont plus blanches, plus résistantes, comme fibroïdes à la coupe, criant sous le couteau ; d'autres enfin sont grisâtres et extrême-

ment dures ; sur la surface de section on aperçoit des points en trans formation osseuse ou calcaire. Ces productions sont à la fois néoplasiques et sanguines, implantées sur la face interne de la poche, font plus ou moins saillie, et se pédiculisent en formant des mamelons de forme variée (sarcome végétant). A la partie supérieure et postéro-externe de la poche, la face interne de celle-ci présente un état réticulé, aréolaire ; elle est tapissée de saillies irrégulières, de brides qui ressemblent de tous points aux colonnes charnues du cœur. Ces brides, de coloration blanchâtre, à la surface lisse, comme fibreuses, sont les unes à peine saillantes à la surface de la poche ; d'autres au contraire font un relief très marqué. L'épaisseur de la paroi du kyste varie suivant les régions de quelques millimètres à 1 et 2 centimètres.

Examen histologique. — Les coupes ont porté sur les divers éléments que nous venons d'étudier macroscopiquement.

La glande mammaire paraît saine. Le tissu graisseux interstitiel de la glande est rare et remplacé par du tissu conjonctif adulte ; les acini sont augmentés de nombre et dilatés au voisinage des bourgeons sarcomateux.

La masse néoplasique est constituée par du tissu sarcomateux. Nous sommes en présence, sans aucun doute, d'un adéno-sarcome, recouvert et circonscrit à sa partie externe par une enveloppe fibreuse résistante, colorée en jaune par le picro-carmin, diffus à sa partie interne et supérieure où il fournit les végétations intra-kystiques. Ces cellules constituant n'appartiennent pas à un type histologique unique ; elles sont les unes fusiformes, les autres arrondies. Dans l'épaisseur du néoplasme ces cellules ne paraissent pas avoir subi d'altérations régressives ; au contraire au voisinage du kyste ces cellules sont infiltrées par le pigment sanguin, et leur surcharge est d'autant plus grande qu'on considère des cellules plus rapprochées de la surface du kyste. Ça et là on voit sur les coupes de larges sinus béants, sans parois propres, bourrés de globules rouges.

La paroi du kyste varie suivant les points considérés. Des coupes intéressant les parties supérieures de la poche, là où la paroi présente un aspect réticulé, sans végétations, nous ont montré que cette paroi était formée uniquement de tissu conjonctif. Les fibres conjonctives

serrées les unes contre les autres, et séparées seulement par quelques cellules plates sont parallèles à la surface du kyste, constituent les bandes, les cordages appliqués contre cette paroi ; elles baignent en plein dans le liquide du kyste, n'étant recouvertes d'aucun épithélium. La disposition en travées lamellaires, que ces fibres ont prise, semble leur avoir été imposée par la pression excentrique du sang épanché dans la cavité kystique ; ces lamelles connectives sont d'ailleurs excessivement denses et sur les coupes on n'aperçoit les séparant que quelques bourgeons sarcomateux en traînées et quelques sinus vasculaires béants. Au niveau de la partie inférieure de la poche, là où il existe des végétations intra-kystiques les coupes nous ont montré en allant de la périphérie au centre : 1° le tissu sarcomateux du néoplasme ; 2° les cellules sarcomateuses infiltrées de la superficie ; 3° au niveau des végétations des cellules analogues aux précédentes, un peu plus volumineuses, à noyau moins apparent ayant subi pour la plupart la dégénérescence granulo-graisseuse ou une surcharge pigmentaire, les cellules forment toute la masse des végétations ; elles y sont toutefois soutenues par quelques travées fibreuses qui issues de la membrane d'enveloppe, pénètrent dans l'intérieur des bourgeons ; elles plongent directement dans le liquide de la poche et ne sont recouvertes que par des globules rouges en régressions diverses.

CONCLUSIONS

De la synthèse des observations que nous donnons nous croyons pouvoir tirer les conclusions suivantes :

L'adéno-sarcome kystique de la mamelle constitue une affection assez fréquente.

Elle évolue généralement chez des femmes à la force de l'âge, entre 35 et 50 ans, comme du reste toutes les néoplasies adéno-sarcomateuses.

Son étiologie est encore à peu près inconnue ; le traumatisme paraît avoir pourtant une certaine action.

Au point de vue anatomo-pathologique ces tumeurs forment un groupe morbide bien défini, caractérisé par une tumeur centrale de nature sarcomateuse (globo ou fuso-cellulaire) à laquelle viennent s'adjoindre des cavités kystiques (kystes par extravasation, par dégénérescence ou par rétention).

Cliniquement ces tumeurs évoluent assez rapidement et présentent les 3 étapes suivantes : pré-kystique, kystique et ulcéreuse.

Leur pronostic, moins grave que celui des carcinomes, doit pourtant laisser à penser que souvent ces adéno-sarcomes se comportent comme le pire des cancers.

Le seul traitement à leur opposer est l'ablation de la tumeur, et en cas de récurrence l'amputation du sein.

Vu :

Le Président de la thèse,
TILLAUX.

Vu :

Le Doyen,
P. BROUARDEL.

Vu et permis d'imprimer :

Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,
GRÉARD.

Imp. G. Saint-Aubin et Thevenot. — J. THEVENOT, successeur, St-Dizier (Haute-Marne).
